UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 478

Salpingites et Grossesse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1902

PAR

Jean de VÉSIAN

Ancien Interne des Hôpitaux,
Membre de la Société anatomo-clinique,
Né à Limoux (Aude), le 27 Septembre 1875.

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. JEANNEL, ✠ I., *Président.* — RISPAL, BAUBY, AUDEBERT, *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 478

Salpingites et Grossesse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1902

PAR

Jean de VÉSIAN

Ancien Interne des Hôpitaux,
Membre de la Société anatomo-clinique,
Né à Limoux (Aude), le 27 Septembre 1875.

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. JEANNEL, ✠ I., *Président.*
RISPAL, BAUBY, AUDEBERT, *Assesseurs.*

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✻, ✪ I.
Assesseur	FRÉBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✻, ✪ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✻, ✪ I.
	MOSSÉ, ✻, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I.
	CHALOT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Physique	MARIE, ✪ A.
Chimie	ALOY, ✪ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✪ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✪ A.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique obstétricale	AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique	FRENKEL.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, ✻, ✪ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A.
	RISPAL.
	FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY.
	CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891)

A la Mémoire de mes Grands-Parents

A MON PÈRE

A MA VÉNÉRÉE MÈRE

A MON ONCLE

M. HYACINTHE DE VÉZIAN

A MON ONCLE

M. HENRI LABOURMÈNE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES MAITRES de la FACULTÉ et des HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR JEANNEL

Professeur de Clinique chirurgicale

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté de Toulouse dont nous foulons déjà le seuil et pour la dernière fois peut-être, il nous est bien doux de revivre par le souvenir ces sept années d'études que nous y avons passées.

Notre dette de reconnaissance s'est accrue chaque jour à l'égard de nos Professeurs et Maîtres des Hôpitaux.

Une tradition heureuse nous permet de les remercier et de les assurer de notre gratitude ; nous la suivons avec empressement.

M. Caubet, professeur de clinique médicale, s'est toujours montré pour nous d'une affabilité toute particulière. Dans maintes circonstances, il nous a été donné d'apprécier sa bienveillance à notre égard, nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous avons été successivement l'interne de MM. les

professeurs agrégés Morel, Bauby, de MM. les professeurs Bézy et Tapie, de M. Cadène. Partout nous avons rencontré le meilleur accueil.

Il nous restera de ce temps un excellent souvenir et pour le profit que nous en avons retiré au point de vue de notre instruction, et pour la sympathie dont on nous a entouré.

Merci également à MM. les professeurs agrégés Cestan, Frenkel.

Durant notre internat à la Maternité, Mlle Fontès, maîtresse sage-femme, s'est montrée pour nous d'une obligeance extrême ; nous tenons à l'assurer, ici, de notre vive reconnaissance.

M. Audebert, professeur agrégé d'accouchements, n'a cessé de nous témoigner un réel intérêt.

Après nous avoir fourni le sujet de notre thèse, il a bien voulu nous aider de ses conseils. Nous tenons à l'assurer de notre gratitude.

M. le professeur agrégé Rispal n'ignore pas la déférence et l'attachement que nous lui avons voués. La sympathie qu'il a toujours eu pour nous, les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer nous ont profondément touché et nous font à son égard un éternel obligé.

A M. Jeannel, professeur de clinique chirurgicale, nous voudrions pouvoir bien dire tout ce que nous

ressentons d'attachement de l'élève pour le maître. C'est dans son service que nous avons commencé nos études chirurgicales. Nous nous énorgueillissons volontiers de ces longs stages faits chez lui, stages durant lesquels il ne nous a ménagé ni ses enseignements éclairés, ni sa sympathie profonde.

Aujourd'hui il accroît encore notre dette à son égard par l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse. Nous le remercions bien vivement et nous le prions de vouloir croire à notre immuable reconnaissance.

Au moment du départ, nous adressons à tous nos amis, à nos camarades d'internat un cordial souvenir.

Introduction

Grossesse et salpingites, voilà bien deux mots qui jurent, de prime abord, de se trouver réunis. Les salpingites paraissent, en effet, exclure la possibilité de la fécondation chez la femme.

N'a-t-on pas dit, qu'au point de vue de la stérilité, la salpingite bilatérale chez la femme équivaut à une orchite double chez l'homme ?

Et en admettant, comme le démontrent les faits cliniques, que les lésions salpingiennes ne soient pas un empêchement absolu à la fécondation, la question n'en reste pas moins pourvue d'un très grand intérêt, si l'on considère qu'elles sont souvent la cause d'accidents très graves chez la femme au cours de la grossesse.

De plus, le nombre sans cesse croissant d'annexites chez la femme en fait un sujet tout d'actualité.

Nous avons été vivement frappés nous-même, au cours de nos études médicales, par la constatation de ces faits cliniques, et nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale sur les conseils de M. le professeur-agrégé Audebert.

Dans la première partie de notre travail, nous étudierons la part qu'il convient d'accorder à la grossesse, mais à la grossesse seule, dans l'étiologie des salpingites. Nous n'étudierons pas les infections annexielles du post-partum ; ce serait un sujet trop vaste, hors du cadre que nous nous sommes tracé.

Dans une deuxième partie, après avoir essayé de résoudre l'importante question de la stérilité chez les femmes atteintes de lésions salpingiennes, nous étudierons la grossesse et les salpingites dans leurs influences réciproques.

Les deux chapitres suivants seront consacrés au diagnostic et au pronostic.

En cinquième partie, et pour finir, nous nous occuperons du traitement à instituer, de la conduite à tenir en présence d'une femme enceinte, en proie à des accidents du côté des annexes.

PREMIÈRE PARTIE

Du rôle de la grossesse dans l'étiologie des Salpingites

La grossesse en tant qu'acte physiologique, normal, ne saurait être considérée comme une cause de salpingite. Tout au plus peut-on admettre chez des femmes enceintes et souffrant de lésions annexielles depuis la fécondation, la coïncidence d'une infection génitale quelconque avec l'état puerpéral.

Mais si la grossesse n'est pas considérée, à juste titre d'ailleurs, comme un agent d'infection, capable d'occasionner à lui seul des lésions salpingiennes, il n'en est pas de même de certaines perturbations qui peuvent se produire au cours de cet acte génital.

Nous les étudierons dans l'ordre chronologique de leur apparition.

a. **Avortement tubaire.** — Dans certaines circonstances qui ne doivent pas faire ici le sujet de notre étude, la trompe se charge d'un rôle auquel sa nature, sa structure même la rendent impropre. Les défauts de sa constitution, c'est-à-dire l'insuffisance des issues abdominale et utérine,

expliquent qu'elles ne puissent ni contenir, ni expulser le fœtus...

Si, malgré leur fragilité constitutionnelle, les parois sont susceptibles d'une certaine résistance, elles empêcheront à coup sûr l'éclosion du germe qui leur est confié. D'autres éventualités peuvent se produire sans doute, telles que rupture des parois tubaires, grossesse dans ce nouveau milieu, hématocèle intra ou extra-péritonéale — venant mettre les jours de la mère en danger — mais ce sont là autant de points que nous n'avons pas à étudier.

Nous nous occuperons ici des cas où la rupture ne se produit pas, mais où le fœtus meurt.

Quelles sont les métamorphoses que subit la trompe gravide? Il faut distinguer deux cas dans cet avortement tubaire :

Il y a une hémorrhagie causée par le détachement du placenta et dans ce cas il se produit un hémato-salpinx, ou bien le fœtus meurt spontanément.

Dans chaque grossesse tubaire, la trompe se distend et devient kystique, parfois dans toute sa longueur, parfois seulement dans une partie de son trajet. Le premier cas est très rare, le second, au contraire, très fréquent; et l'on trouve alors sur une portion du trajet tubaire une dilatation fusiforme.

Plus la grossesse est récente, plus la résorption de l'œuf est facile; l'involution des parois efface toutes les traces de cette implantation inopportune. Il n'y a que la cessation plus ou moins courte de la menstruation, signe inconstant d'ailleurs, et l'expulsion d'une caduque utérine qui attestent l'existence d'une grossesse ou plutôt d'un avortement tubaire.

Le sac qui contient le fœtus dans la trompe peut également suppurer, qu'il se soit produit ou non auparavant une hémorrhagie. Tous les signes d'une pyosalpingite aiguë se manifestent alors, et l'examen histologique, par la constatation des parties fœtales et surtout des villosités placentaires, vient prouver qu'il s'agit d'une inflammation causée par un avortement tubaire.

L. Tait et Karl-Abel font jouer un rôle important à la grossesse tubaire dans l'étiologie des salpingites. Le docteur Thiébaut a publié en 1895 un travail intitulé : *Contribution à l'étude de la grossesse tubaire avortée.* Dans quatre cas sur cinq observations rapportées, l'auteur a eu l'occasion de constater un hémato-salpinx ayant pour origine une grossesse tubaire. Ces faits concordent bien avec ceux publiés en France, en Allemagne, en Angleterre, à savoir que l'hémato-salpinx reconnaît souvent comme cause une grossesse tubaire avortée.

6. **Avortement.** — L'avortement vient en deuxième ligne dans la pathogénie de la salpingite ; cela se conçoit d'autant mieux qu'il constitue non seulement un acte pathologique, mais encore que dans beaucoup de cas il ne reçoit aucun traitement antiseptique. Déjà bien propre dans ces conditions à provoquer quelques complications tubaires, il devient encore plus dangereux s'il est accompagné de blennorrhagie (ce qui existe assez fréquemment), ou s'il se complique d'une rétention totale ou partielle du placenta et des membranes.

7. **Accouchement.** — C'est également dans ces cas, ou à la suite d'une intervention obstétricale, que l'accouchement à

terme peut devenir lui-même une cause de maladie. Ne sait-on pas, en effet, que le tissu utérin gorgé de sang est tout prêt à recevoir les germes morbides, à favoriser leur développement et que les lochies d'une femme accouchée renferment le streptocoque (Dœderlein). Il peut en résulter une endomètrite d'inoculation dont l'évolution sera parfois suivie d'accidents aigus ou au contraire se déroulera lentement et d'une façon progressive; l'infection salpingienne ne devenant assez souvent sensible qu'au bout de plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Quant au mode de propagation des germes infectieux, il se fait le plus souvent par la voie muqueuse, par continuité des tissus. Telle est l'opinion professée par MM. Trélat, Quénu, Terrier, pour qui l'infection se continue de proche en proche, de muqueuse à muqueuse. Les recherches de M. Poirier ont démontré que les lymphatiques du corps de l'utérus se rendent à des ganglions spéciaux sans passer par les trompes et les ovaires.

Terrillon partage également cet avis : en résumé, dit-il, je ne saurais trop vous répéter cette loi qui s'impose dans l'histoire de l'anatomie pathologique des salpingites. Il s'agit le plus souvent d'une inflammation qui, partie de la muqueuse utérine, gagne la trompe et déborde sur le péritoine et sur l'ovaire.

Il convient toutefois de faire remarquer qu'à l'état de grossesse, le système lymphatique étant beaucoup plus développé, l'infection peut également se faire par les vaisseaux. Richelot a fort bien étudié cette question et il montre avec une parfaite évidence le rôle actif de cette « lymphangite pelvienne », dans les cas de déchirure du col, de blessure de la muqueuse utérine.

Il nous a paru utile de relever, avant de terminer cette première partie, certaines statistiques sur la fréquence des salpingites.

Pour Ozenne, les lésions existent le plus souvent simultanément des deux côtés, mais à des degrés différents. Quand les lésions sont unilatérales, la prédominance est à gauche.

A. Martin donne une proportion de 63 p. 100 de femmes atteintes de lésions salpingiennes. Sur un ensemble de 287 malades,

91 fois les lésions étaient bilatérales,
138 fois à gauche,
58 fois à droite.

Relativement à l'âge, le même auteur donne les renseignements suivants :

9 fois au-dessous de 20 ans,
116 fois entre 40 et 50 ans,
162 fois entre 20 et 40 ans.

La plupart de ces malades étaient mariées et la moitié avaient eu des enfants. Chez un quart environ, on relevait des avortements.

Lewers, sur 100 cadavres pris au hasard à London-Hospital, a trouvé 17 fois des altérations des trompes.

Winckel, sur 500 autopsies, a trouvé 300 fois des altérations légères ou accentuées de ces organes.

Tillaux et Delbet pensent également que la bilatéralité est la règle, et que dans les cas de lésions unilatérales la prédominance est à gauche.

DEUXIÈME PARTIE

Influences réciproques des Salpingites et de la grossesse.

Avant d'aborder la discussion de cette question, il convient, nous semble-t-il, de l'envisager sous un autre point de vue qui n'est pas sans manquer d'intérêt : la stérilité chez les femmes atteintes de lésions des trompes.

La salpingite a toujours été considérée par la plupart des gynécologues comme une complication des plus sérieuses, d'autant plus que l'affection peut déjà entraîner par elle-même l'infécondité permanente. De plus, toutes les tentatives faites en vue d'amener une nouvelle conception n'ont produit, le plus souvent, que des perturbations organiques extrêmement dangereuses.

« J'ai toujours eu de la tendance, au point de vue de la conception, dit Aug. Martin, à qualifier d'absolument fâcheuse la coïncidence d'une grossesse et d'une salpingite. Rarement les salpingites restent froides. »

La stérilité est la règle chez la femme atteinte de salpingo-ovarite, disent Labadie, Lagrave et Legueu dans leur Traité de gynécologie.

Mais s'agit-il là d'une loi absolue ? et toute femme atteinte de salpingite est-elle vouée inévitablement à la stérilité ? A notre avis, il y a beaucoup d'exagération dans ces assertions.

Dans un remarquable travail présenté à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, Goullioud traite cette question : « J'ai conclu, dit-il, d'une lésion même « unilatérale chez une femme à la stérilité, et c'est avec « tristesse que, bien souvent en me trouvant en pré- « sence d'une de ces salpingites post-abortives si fré- « quentes au début du mariage, j'ai entrevu de longues « années de malaise, d'impotence, ou le chagrin indéfini « de la stérilité chez des femmes jeunes déjà en retard « dans leurs espérances de maternité.

« Telle est, malheureusement, la réalité dans la majorité « des cas. Toutefois ces pronostics trop sombres, ins- « pirés par une généralisation exagérée, ont été démentis « par des faits, et chez ces femmes atteintes de salpingo- « ovarite, une grossesse est survenue malgré les craintes « de stérilité. »

Toujours dans le même travail, Goullioud publie certains cas de grossesse chez des femmes atteintes de salpingo-ovarite. Les guérisons *ad integrum* ont été obtenues spontanément ou sous l'influence du traitement médical.

Quand les lésions infectieuses ont été plus intenses, et les symptômes assez importants pour nécessiter des opérations (dans les cas de suppurations peri-tubaires par exemple), la grossesse a pu être observée. Goullioud cite onze cas de grossesse consécutive à des débridements vaginaux. Dans la majorité des cas, la lésion était repré-

sentée par un pyosalpinx unilatéral bien net sans inflammation péri-utérine.

Isaac (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie)* étudie cette question à propos du traitement des affections inflammatoires des annexes, d'accord en cela avec Munde, Schrœder, Martin, Schatz, Sippel, Matthai, Skutch, Mackenrodt qui ont vu des grossesses survenir à la suite d'opérations conservatrices sur les annexes.

Dunnet, élève de M. Pozzi, en cite certains cas dans sa thèse.

Routh dit : « La laparotomie suivie de la dissection des « trompes, dans le cas de pyosalpinx, donne de meilleurs « résultats que la castration complète. Et ainsi la fonction « génératrice n'est pas forcément abolie ».

Dans une première série d'observations, Isaac rapporte des cas de grossesses survenues chez des femmes atteintes d'annexites simples ou pour mieux dire unilatérales. Mais retrouvant ici l'argument de Lawson-Tait et de son école, existe-t-il à proprement parler des annexites unilatérales au sens propre et exact du mot? C'est-à-dire, dans les infections à point de départ utérin, y a-t-il vraiment possibilité d'admettre qu'une trompe seule puisse être infectée?

Il ne semble pas permis aujourd'hui d'admettre cette propagation constante de l'infection aux deux trompes. La clinique constate très souvent le bien fondé de cette assertion. Il n'est pas rare de trouver à l'examen de ces organes une trompe congestionnée douloureuse et l'autre saine. La thérapeutique chirurgicale elle-même reconnaît l'intégrité fréquente des annexes d'un côté dans le cas d'infection de celles du côté opposé.

Mais la bilatéralité des lésions nettement constatée est-elle un obstacle absolu à la fécondation?

Doléris prétend que les lésions légères, même bilatérales, n'amènent pas forcément la stérilité.

Bétrix, de Genève, présentant également une observation de grossesse à la suite de salpingite double, conclut en ce sens : « Dans ce cas, une des deux trompes au moins est « redevenue perméable et son revêtement épithélial s'est « trouvé capable de transporter l'ovule ou le spermatozoïde « qui a déterminé la fécondation ».

W. Duncan et Bowée rapportent chacun un cas de grossesse compliquée de pyosalpinx double. Traitement par la laparotomie, continuation de la grossesse.

Goullioud rapporte à son tour une observation de grossesse consécutive à une collection pelvienne double, traitée par le débridement vaginal.

A notre avis, la question ainsi posée ne l'est pas d'une façon assez nette. On risque fort de faire des suppositions fausses, d'émettre des principes erronés, si l'on s'en tient à la généralité des faits sans les analyser plus complètement.

Il nous semble qu'avant de juger comme il convient cette importante question de la stérilité chez la femme, il faille voir quelles lésions on rencontre le plus souvent dans les trompes enflammées.

Le premier degré de l'inflammation des annexes est désigné sous le titre de salpingite catarrhale. La trompe est rouge, augmentée de volume. Le pavillon n'est pas complètement fermé mais ses franges sont légèrement agglutinées. Il est libre ou fixé à l'ovaire et aux parois pelviennes par un lacis d'adhérences. Si, dans la tunique externe, on

note à peine une légère hyperplasie des éléments, dans la muqueuse, au contraire, on trouve des modifications profondes. Elle est infiltrée de cellules embryonnaires. Ses plis sont le siège de bourgeons de formation nouvelle qui, en s'anastomosant les uns avec les autres, la cloisonnent en petites cavités.

A un degré plus avancé, la salpingite aiguë catarrhale devient purulente, mais, fait important, l'orifice utérin est perméable.

Quand la salpingite évolue, il est assez fréquent de voir le pus disparaître, les végétations s'organiser, et doubler d'une couche de tissu embryonnaire presque homogène la paroi interne de la trompe dont la lumière disparaît.

Le pyosalpinx est l'aboutissant fréquent de la salpingite purulente. Il commence à se développer quand l'ostium uterinum est obstrué et ne laisse plus la sécrétion intra-tubaire s'évacuer librement par l'utérus.

L'hémato-salpinx est considéré souvent, et à juste titre, comme une apoplexie de la trompe au cours d'une salpingite catarrhale ou d'un pyosalpinx enkysté. L'hématosalpinx peut se substituer parfois au pyosalpinx directement ou après une phase d'hydrosalpinx. Il peut arriver qu'une hématocèle suppure secondairement. Peut-être beaucoup de pyosalpingites unilatérales ne sont autre chose que des grossesses tubaires dont le stade hémorragique a passé inaperçu.

Quant à l'hydrosalpinx, il n'est souvent que le dernier vestige d'un pyosalpinx.

Ces quelques notions d'anatomie-pathologique, pour si brèves qu'elles soient, nous permettront maintenant de tirer la conclusion que nous cherchons.

Qu'une grossesse soit possible chez des femmes dont une ou les deux trompes ont subi des lésions de salpingite catarrhale simple, rien de plus exact. Chez elles, en effet, les accidents n'ont pas été assez graves pour entraîner l'impotence fonctionnelle et la *restitutio ad integrum* a pu être presque parfaite.

Mais dans les cas de collections tubaires, enkystées, alors que l'une des conditions essentielles de la production de cette variété de lésions est l'obturation de l'ostium utérinum, nous n'hésitons pas à dire que la grossesse est totalement impossible.

Nous rapportons ici une observation de grossesse coexistant avec un pyosalpinx double. Nous la rapportons *in extenso* pour mieux démontrer qu'elle ne vient nullement à l'encontre de notre thèse.

Cette observation ne prouve en effet qu'une chose : la coexistence d'une inflammation bilatérale des annexes avec la grossesse. C'est là l'état actuel. Mais comment la malade se portait-elle avant la fécondation ? Avait-elle une trompe saine d'un côté et une salpingite catarrhale ou une pyosalpingite de l'autre ? Ne présentait-elle pas des lésions légères bilatérales ?

La grossesse a-t-elle suffi, comme nous le discuterons tout à l'heure, pour amener cette aggravation d'accidents ?

Tout autant de points que l'observation laisse dans l'ombre. Ce sont là, en tout cas, des hypothèses très plausibles, tandis que l'idée de pyosalpinx suivi de grossesse est complètement inadmissible.

OBSERVATION I

(I.-W. Bowée. *Amer. Jour. of obst.* XLI, p. 183, 1900).

Double pyosalpinx compliquant une grossesse de deux mois.

Marie M..., 39 ans, multipare, admise le 10 mai 1894 à Columbia-Hôpital ; se plaignant de violentes douleurs dans le bas-ventre et les lombes. Son dernier accouchement remonte à cinq ans. Elle a eu trois avortements, le dernier il y a un an. Réglée à 13 ans, ses règles avançaient, venaient toutes les trois semaines et duraient trois jours. Les dernières règles datent du 19 mars 1894.

D'abondantes pertes jaunes durant les trois derniers mois, et durant cinq ans différentes attaques de pelvi-péritonite. Troubles nerveux, perte de sommeil et d'appétit.

A l'examen, périnée et col déchiré. Le vagin est normal, sans changement notable du fait de la grossesse.

L'utérus est en latéro-version gauche, considérablement élargi et nullement mobile.

Les annexes sont également élargies, fixées et tendues. On pose le diagnostic de grossesse et de pyosalpinx et on déclare l'opération urgente.

Opération le 17 mai. Anesthésie à l'éther. L'abdomen est ouvert. L'utérus est gros (grossesse de deux mois). La trompe gauche contient du pus, le pavillon est adhérent, l'ovaire inclus dans des adhérences. La trompe droite est également distendue par le pus (elle en contient une drachme environ). On enlève les annexes, on draîne à la gaze et on referme l'abdomen.

Suites normales. La malade accouche le 24 décembre suivant. Délivrance au forceps après un travail laborieux.

L'accouchement a eu lieu dans la clinique du docteur King. La malade sort en bonne santé.

Certains auteurs ont établi une statistique des cas de

grossesses concomittantes avec des lésions salpingiennes. Elles ne concordent pas, et cela se comprend assez, étant donné que chacun d'eux a eu des cas différents à observer.

Doléris donne un pourcentage de 10 cas pour femmes atteintes de lésions des trompes. Goullioud atteint à peu près le même chiffre.

Mangin, 57 0/0 dans les cas de lésions unilatérales.
21 0/0 dans les lésions bilatérales.

Donc, ces cas de grossesse, après lésions salpingiennes supposent la persistance de la perméabilité des conduits tubaires ou tout au moins leur retour *ad integrum*.

Quant aux déviations, aux adhérences des trompes avec exsudats plastiques consécutifs aux poussées inflammatoires, les gynécologues se sont demandé quelle pouvait être leur influence sur la fécondation.

Doléris écrit dans les *Archives de gynécologie et d'obstétrique* (mars 1892) : « Le rôle des déviations de l'ovi-« ducte et des déformations de son canal, dans la stérilité « féminine, paraît beaucoup plus important que celui des « altérations matérielles des parois tubaires. »

Mangin pense que les exsudats qui enserrent les trompes et l'utérus cessent en grande partie du jour où l'épine inflammatoire qui les entretenait a disparu.

Goullioud n'a jamais eu à observer ces accidents graves que certains auteurs relatent chez des femmes devenues enceintes et présentant des adhérences péri-tubaires.

MM. Pinard et Varnier font une distinction très juste entre les adhérences para-utérines, para-annexielles et celles effectuées en dehors de ces organes, c'est-à-dire à son voisinage immédiat. Tandis que les premières tendent

à s'amollir, à se résorber et à disparaître durant la grossesse, les secondes ne subissent nullement l'influence de la gestation.

α. Influence de la grossesse sur les salpingites.

Voici donc un premier point définitivement établi, à savoir : la possibilité d'une grossesse chez une femme atteinte de salpingite catarrhale même double.

Quel sera maintenant le retentissement d'une grossesse sur une salpingite ?

Goullioud prétend que l'influence de la grossesse sur la salpingo-ovarite ancienne est excellente. Certaines observations rapportées par lui présentent les plus beaux cas de guérison complète que l'on puisse voir. La grossesse active la guérison, ramollit les tissus cicatriciels et leur rend la souplesse mieux que tous les massages.

Fraipont a constaté également que l'influence de la grossesse sur les salpingites même avec adhérences est nulle. Bien plus, le ramollissement normal des tissus utérins et péri-utérins pendant la grossesse, l'ampliation progressive de la matrice et la distension des ligaments amènent peu à peu la déchirure des adhérences et des cicatrices pelviennes, et ainsi disparaissent les traces de l'affection primitive.

Ultérieurement, ces malades ne ressentent après leur accouchement aucun des malaises qu'elles éprouvaient auparavant.

Dans les cas rapportés par Goullioud, les suites de l'accouchement ont été des plus simples et sans complications.

Reclus, au dernier Congrès de chirurgie, a relaté diver-

ses observations de femmes devenues enceintes dans ces conditions et ayant accouché sans accidents.

Notre tâche serait considérablement amoindrie si la grossesse compliquée de salpingite n'avait jamais sur cette dernière qu'une influence heureuse.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé qu'un côté de la question. Après avoir démontré la possibilité de la fécondation chez les femmes atteintes de salpingites, nous avons reconnu que l'action de la grossesse et de l'accouchement sur ces lésions était parfois sans effet aucun.

Mais, en ce faisant, nous n'avons vu qu'une des éventualités les plus rares.

Dans certains cas, et nous pourrions dire souvent, les plus graves accidents peuvent éclater au cours d'une grossesse compliquée de salpingite. Cela est si vrai, que beaucoup d'auteurs, considérant toujours la fécondation comme un coup de fouet nouveau donné aux lésions inflammatoires, proscrivent la grossesse chez les malades qui en sont atteintes.

Pourquoi, dès lors, cette marche si différente de celle que nous avons étudiée?

Ici, encore, il convient de bien diviser l'étude de cette partie. D'autres éventualités, bien plus fréquentes d'ailleurs, peuvent se produire.

Une grossesse peut, en effet, survenir chez une femme porteur d'une salpingite catarrhale aiguë ou subaiguë (nous réservons ce mot de subaiguës aux affections évoluant d'une façon demi-torpide et que la moindre fatigue, le moindre choc viennent réveiller).

Un autre cas peut encore se présenter : celui où la gros-

sesse coïncide avec un pyosalpinx, voire même une collection tubaire quelle qu'en soit la nature aiguë ou chronique. Quelle sera le retentissement de la grossesse sur la marche de l'affection ?

Ici (et il n'y a pas à atténuer ou à pallier les faits), l'influence de la grossesse est des plus fâcheuses.

C'est, en effet, une règle presque constante que, abstraction faite des complications dangereuses qui peuvent survenir, telles que avortement, ruptures des poches purulentes, inondation péritonéale à travers l'ostium abdominale et pelvi-péritonite ; c'est une règle, disons-nous, que du fait seul de la grossesse la symptomatologie de la salpingite catarrahe aiguë se trouve singulièrement aggravée.

Et cependant les auteurs classiques n'ont pas encore porté sur ce coin de pathologie obstétricale toute l'attention qu'il mérite. Tous les gynécologues ont signalé les dangers que court la grossesse dans les cas où l'utérus est dévié ou fixé par des adhérences ; mais peu se sont occupés des rapports des inflammations péri-utérines avec la grossesse et l'accouchement.

Cette influence n'avait cependant pas échappé aux anciens accoucheurs. M^me^ Lachapelle signale comme cause d'hémorrhagies après la parturition, les adhérences utéro-épiploïques, vestiges elles-mêmes de poussées de péritonite survenues pendant la grossesse, citant à l'appui de sa thèse les observations de Ruysch et Weidmann.

Baudelocque, déjà, avait fait allusion aux accidents qui pouvaient résulter pour la grossesse et l'accouchement des adhérences inflammatoires établies entre le fond de l'utérus et l'épiploon ou le gros intestin.

Mme Boivin dans son étude : *Des causes de l'avortement*, prétend que « les maladies de l'utérus et bien plus encore celles de ses annexes sont les causes de l'avortement et de l'accouchement prématuré. »

En 1880, Harris, dans un travail relatif aux rapports de la péritonite en général avec la grossesse, s'exprime comme suit : « Consécutivement aux para et péri-métrites, surtout quand un abcès est survenu, il se produit des adhérences fermes dans le petit bassin qui empêchent l'utérus de reprendre sa place. Quand dans ces conditions une grossesse survient, il est certain que cette dernière peut devenir l'objet de perturbations plus ou moins graves. »

Mégrat, dans son travail sur « la péritonite durant la grossesse » n'a fait qu'effleurer à peine le sujet.

Delbet est un des auteurs qui s'est le plus occupé de la question dans son Traité « des suppurations pelviennes ». Il consacre deux pages à ce sujet et relève 8 cas de péritonites purulentes déterminées par l'ouverture de salpingites ou ovarites anciennes.

E. Blanc, dès 1892, s'occupa de cette question et publia un travail sur « les rapports des inflammations péri-utérines avec la grossesse et l'accouchement. »

Blanc a pu réunir 50 observations d'inflammations péri-utérines compliquant la grossesse ou l'accouchement. De ces observations, 12 lui sont personnelles. Selon cet auteur, l'influence de la grossesse sur les lésions inflammatoires est très fâcheuse. Il suffit, pour le démontrer, de dire que la mortalité maternelle est singulièrement augmentée par le fait de la coexistence d'une grossesse et de lésions salpingiennes.

Sur 18 cas de salpingites au cours de la grossesse,

Blanc signale 11 morts, soit une mortalité de 62 p. 100 ; tandis qu'une statistique comparative empruntée à Delbet et portant sur 391 cas de pyo-salpingo-ovarite en dehors de la puerpéralité donne une mortalité de 20 p. 100.

La grossesse agit donc sur les salpingites catarrhales aiguës en provoquant une aggravation des phénomènes inflammatoires.

Parmi les causes incriminées pour la production de ces accidents, on a signalé la prédisposition toute particulière des femmes enceintes aux inflammations abdominales, que font naître les changements profonds qui s'opèrent dans le poids, le volume de la matrice et de ses annexes, l'accroissement de tous leurs éléments constitutifs et, en particulier aussi, la suractivité des voies absorbantes, la distension et les frottements auxquels se trouve soumis le péritoine qui les revêt.

Une seconde cause à invoquer : c'est l'augmentation de la proportion de fibrine du sang dans les derniers mois de la gestation.

Quelque soit le mécanisme, la salpingite catarrhale subit, du fait de la grossesse, une aggravation notable. De la phase aiguë simple, elle passe à un degré plus avancé, la phase purulente. La crise devient paroxystique. Les douleurs sont intolérables. C'est ici qu'elles méritent surtout le nom de coliques salpingiennes par comparaison avec les coliques appendiculaires ou hépatiques.

Vomissements, langue sale, pouls petit, fréquent. Bref, aucun des signes du péritonisme ne fait défaut.

Parfois les accidents présentent un degré de gravité plus grand encore. Il en résulte une péritonite qui peut affecter une marche différente selon les cas. Elle est tantôt

à forme aiguë, et la malade succombe rapidement ; tantôt la marche est subaiguë et les phénomènes cessent sous l'influence du traitement médical ou après l'expulsion du fœtus.

C'est, sans doute, cette marche que suivent les péritonites partielles adhésives qui se développent, d'après Schrœder, dans les cas de gros kystes coexistant avec la grossesse.

Cette influence de la grossesse sur le réveil des phénomènes inflammatoires, sur l'aggravation des lésions, rend bien plus facilement explicable la pathogénie des accidents. La suractivité fonctionnelle des organes du petit bassin, au moment de la gestation, n'est certainement pas la cause première de la tendance à la suppuration, mais elle en est l'occasion.

Sous cette influence, une lésion peut donc bien facilement s'aggraver et, bien plus, l'infection peut même se propager à une autre trompe primitivement saine. C'est ce qui arrive sûrement dans les cas où la grossesse coïncide avec un pyosalpinx double.

Les observations que nous publions, d'accidents salpingiens au cours de la grossesse, mettent ces faits en parfaite évidence.

OBSERVATION II

(Observation de Stéphenson rapportée par Blanc).

Accidents aigus de salpingite au cours de la grossesse.

IV-pare, 31 ans. Sa maladie date de sa seconde grossesse. Depuis cette époque, elle offre une histoire lamentable ; car elle était en proie à des douleurs constantes qui, au moment des rè-

gles, devenaient excessives, à des vomissements, de la diarrhée, de la dyspareunie, etc. Les deux dernières grossesses ont été très pénibles et le dernier enfant succomba presque aussitôt après l'accouchement. Dans la région pelvienne gauche, on sentait, aussi bien par le palper que par le toucher vaginal, une tuméfaction douloureuse : on diagnostique un hémato ou un pyosalpinx. L'ablation des annexes confirma ultérieurement le diagnostic hémato-salpinx.

OBSERVATION III (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tapie).

Accidents aigus de salpingite pendant la grossesse. — Traitement médical. — Guérison des accidents.

Jeanne D..., 24 ans, née à Bordeaux. Entre le 20 janvier 1901, amenée par la police, arrêtée à la visite sanitaire pour syphilis secondaire. Réglée à 16 ans. N'a pas tardé à contracter une blennorrhagie aiguë, très mal soignée.

Il y a six ans, une première fausse couche de deux mois, suivie d'hémorrhagies abondantes et d'irrégularités menstruelles.

Deuxième fausse couche il y a quatre ans suivie également d'hémorrhagies abondantes qui durent un mois et demi et de pelvi-péritonite. Repos de deux mois au lit.

Depuis cette époque surtout, les règles sont devenues irrégulières, abondantes, durant chaque fois plus de huit jours. Les douleurs sont surtout violentes à gauche... et augmentent avec la période menstruelle.

Contracte la syphilis en juillet 1899. Est traitée à Bordeaux, Tarbes et finalement à Toulouse où elle entre dans le service de M. le professeur Tapie.

Nous nous étendrons fort peu sur le côté spécifique, qui ne nous intéresse pas. Il ne présente d'ailleurs rien de saillant à signaler.

Les dernières règles de notre malade sont de septembre 1900.

Elle présente au moment où nous l'examinons tous les symptômes d'une grossesse au quatrième mois.

Col ramolli, utérus débordant la symphyse pubienne de deux ou trois travers de doigts environ. Signes sympathiques, nausées, vomissements. Un fait cependant frappe notre esprit, c'est l'empâtement marqué du cul-de-sac latéral gauche. Au toucher, il apparaît légèrement douloureux et diminué de profondeur. Au toucher et au palper combiné, on sent la trompe sensiblement augmentée de volume de la grosseur du petit doigt.

La malade était soumise au traitement spécifique et rien ne faisait prévoir l'apparition d'accidents aigus, quand dans la nuit du 30 janvier elle est brusquement prise de violentes douleurs dans le ventre. Les douleurs s'étendent progressivement du flanc gauche, où elles étaient primitivement localisées, à tout l'abdomen. Vomissements verdâtres. T. 39°5. Pouls 90 à la minute. Le ventre est tendu, ballonné, présente une hypéresthésie cutanée avec défense de la paroi.

La malade n'urine pas. Un toucher vaginal difficilement pratiqué, démontre un col qui n'a pas changé d'aspect. Mais le cul-de-sac latéral gauche est excessivement douloureux, sans autres signes.

Devant la gravité des symptômes, nous proposons à notre malade l'évacuation dans un service de chirurgie, afin que l'on puisse intervenir hâtivement si les accidents s'aggravent.

La malade refuse catégoriquement : traitement médical, glace sur le ventre, morphine, diète absolue, tampons ichtyolés dans le vagin.

Un mieux sensible se produit. Huit jours après le début des accidents, la température est tombée à 37°. Le ventre reste tendu et douloureux. Plus de vomissements depuis deux jours.

Au toucher, le cul-de-sac latéral gauche est toujours empâté, mais beaucoup moins douloureux. On perçoit un cordon induré du volume du petit doigt.

Malgré nos recommandations, la malade se lève et fatigue. Le 20 février, nouveaux accidents plus aigus. La température monte brusquement à 39°8. Les vomissements reparaissent. Le palper abdominal décèle deux points annexiels douloureux, le

gauche plus accusé. Même traitement, grandes injections vaginales et rectales.

La malade, plus raisonnable cette fois, reste au lit pendant un mois. Les phénomènes péritonitiques s'amendent rapidement. La malade mange, souffre peu et dort bien.

Le toucher révèle toujours les mêmes lésions du côté gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit, l'empâtement est devenu très sensible, la douleur assez aiguë au toucher.

La malade sort le 15 mars ; état général bon.

Nous la revoyons deux mois après environ. Elle est alors enceinte de huit mois. Elle n'a plus eu d'accidents.

Nous regrettons de n'avoir pu suivre cette malade jusqu'à son accouchement. Elle a quitté Toulouse et il nous a été impossible d'avoir de ses nouvelles.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Audebert.)

Accidents de salpingite au cours de la grossesse. — Amélioration par le traitement médical. — Accouchement normal. — Infection du post-partum.

Mme X..., 31 ans. Deux enfants âgés l'un de 9 ans et l'autre de 6 ans.

Depuis son dernier accouchement, pertes blanches tachant un peu le linge et sentant mauvais. Douleurs assez fréquentes dans les fosses iliaques à la moindre fatigue. Périodes d'aménorrhée de deux mois l'an dernier.

Je suis appelé auprès d'elle le 16 juillet 1901. Depuis une quinzaine de jours, les douleurs abdominales sont plus accentuées, surtout le soir. Quelques nausées. Quelques pertes blanches.

Examen. — Le palper donne fort peu d'indications. La douleur paraît avoir son maximum au niveau des annexes droites. Mais la défense de la paroi est telle, qu'il est difficile d'obtenir un renseignement par le palper seul.

Toucher. — Col légèrement ramolli. Evasement du segment inférieur perceptible surtout dans le cul-de-sac antérieur.

Le cul-de-sac latéral droit est empâté, diminué de volume, très douloureux au toucher.

Par le palper combiné au toucher, on saisit une masse du volume d'une noix allongée, à rénitence molle. Le bord de l'utérus déborde manifestement la symphyse pubienne. Cet organe est augmenté dans tous ses diamètres. La malade accuse également un retard de règles de trois ou quatre semaines. L'idée de grossesse possible empêche toute exploration utérine. Je me borne à instituer un traitement médical. Repos. Injection vaginales à 45°. Grands lavements chauds quotidiens, allant jusqu'à 50°. Compresses chaudes sur le ventre.

24 juillet. — Les douleurs sont moins vives. La tumeur annexielle a diminué de volume. L'utérus est aussi gros.

30 juillet. — Résolution presque complète. L'utérus augmente. Le diagnostic de grossesse devient plus probable.

9 août. — L'état général est assez satisfaisant pour que j'autorise la malade à partir en vacances aux environs de Paris.

Je revois Mme X... en novembre, rien de particulier à signaler. Pas de douleurs pelviennes. L'utérus acquiert son développement normal. Les bruits du cœur sont très distincts.

Pour éviter le retour des accidents qui ont marqué le début de la grossesse, je recommande le repos mitigé, les injections et les lavements.

La gestation évolue sans encombre. Le 20 février Mme X .. met au monde une fillette du poids de 2.900 grammes. Elle est assistée seulement d'une sage-femme.

Accouchement en O. I. G. A.

Huit jours après l'accouchement, la fillette est atteinte d'ophtalmie purulente double. Le pus examiné révèle la présence du streptocoque. On recherche la cause de cette infection, et on

trouve que la fillette avait été couchée sur une serviette ayant servi à envelopper les garnitures de la mère. Suite de couches normales, pas d'hyperthermie. Les lochies restent sanguinolentes et durent très longtemps.

15 mars. — Je constate que le col utérin est largement béant et l'utérus remonte à 6 ou 7 cent. au-dessus du pubis. Je prescris le repos au lit, les injections chaudes, le massage utérin.

20 mars. — Utérus un peu diminué de volume, involution lente.

25 mars. — La malade s'est levée deux heures, pendant deux jours. Elle souffre vivement dans le bas-ventre. Je trouve une poussée du côté des annexes, droites et gauches. Les lésions sont plus accusées à gauche.

Repos, injections, compresses, tampons vaginaux à la glycérine ichtyolée.

29 mars. — Les lésions du côté droit ont presque complètement disparu. A gauche on perçoit encore de l'empâtement. Le toucher est douloureux.

8 avril. — Les phénomènes inflammatoires ont presque complètement disparu. Par prudence, je prescris encore huit jours de lit.

16 avril. — Utérus un peu gros. La malade se lève. Je la revois fin avril. Elle a un peu d'endométrite.

OBSERVATION V

(Bernutz et Goupil. *Clin. mal. des femmes*).

Pyosalpingite gauche au cours de la grossesse. — Pelvi-péritonite. — Mort.

Deux grossesses à terme et accouchements faciles. A six semaines à peine de la troisième grossesse et à la suite de manœuvres coupables du 20 au 24 novembre 1859 et qu'on ne peut lui faire préciser, perte abondante avec avortement pro-

bable le 24, et dès le début de laquelle la femme dit avoir ressenti une douleur vive dans le bas-ventre et dans les reins, exaspérée par la pression au point qu'elle ne permit pas le 29 de constater de tuméfaction dans les fosses iliaques ; mais empâtement vague autour du col utérin ; nausées et diarrhée.

Dans les jours suivants, développement graduel d'une tumeur occupant les culs-de-sac latéral gauche et postérieur ; muguet, pourriture d'hôpital sur la plaie d'un vésicatoire ; réapparition du muguet et mort 50 jours après l'avortement.

Autopsie. — Intégrité du péritoine, de la cavité abdominale proprement dite. Adhérences à la moitié gauche de la face postérieure de l'utérus et au rectum, réunissant entre elles les différentes parties du ligament large et celles-ci à la matrice ; dilatation et épaississement de la trompe gauche remplie de mucosités purulentes ; enfin phlébites tubo-ovariennes des plexus droits et gauches, des veines hypogastriques, iliaque et crurale droites.

OBSERVATION VI

(Bernutz et Goupil. *Clin. mal. des femmes*).

Pyosalpingite double au cours de la grossesse. — Pelvi-péritonite. — Mort.

Vers le troisième mois d'une première grossesse et sous l'influence de causes impossibles à déterminer, d'après les réponses contradictoires de la malade, surviennent, le 1er octobre 1859, des douleurs assez vives dans le bas-ventre interrompant fréquemment le sommeil et suivies deux jours après d'un léger écoulement sanguin par la vulve.

Le 5, le ventre est légèrement et également sensible à la palpation dans les deux fosses iliaques qui ne présentent aucun empâtement et à la région sus-pubienne où l'on trouve le globe utérin endolori et le siège de contractions accompagnées de douleurs expulsives ; dans le cul-de-sac vaginal gauche, points

rénitents, mais très mal délimités; malgré deux quarts de lavements laudanisés (10 gouttes), persistance des douleurs, ainsi que de la perte sanguine, et, le 7, expulsion d'un placenta, suivie de douleurs intermittentes soit dans l'une, soit dans l'autre fosse iliaque, sourdes, ne ressemblant en rien aux douleurs expulsives; tuméfactions dans les culs-de-sac latéraux du vagin : la droite, plus élevée, rénitente, adhérant au bord de l'utérus, mal limitée, assez lisse, douloureuse à la pression, et la gauche, accolée au bord de l'organe, mais séparée de lui par sillon très manifeste, très douloureuse au toucher, arrondie inférieurement, du volume d'un œuf de pigeon, appréciable, quoique difficile à délimiter, par la palpation hypogastrique. Du 10 octobre au 28 novembre, symptômes d'une pelvi-péritonite subaiguë : douleurs, sans fièvre, revenant presque toutes les nuits. Le cinquante-deuxième jour (seulement) : diarrhée, envies de vomir et vomissements.

Manifestation les jours suivants d'une affection hépatique qui amène la mort le 81e jour après l'avortement.

Autopsie : Stigmates d'une péritonite épiploïque et d'une pelvi-péritonite bilatérale et postérieure, mais surtout marquée à gauche, où il existe une collection purulente ayant pour parois le pavillon de la trompe et la face antérieure de la fin de l'*S* iliaque; de plus, suppuration occupant la partie la plus interne de chacune des deux trompes; noyau épaissi du ligament large droit; atrophie jaune aiguë du foie, mais pas d'épanchement péritonéal.

Dans les cas où la grossesse coïncide avec un pyosalpinx, indépendamment des phénomènes inflammatoires que nous venons d'étudier, il faut tenir un compte essentiel des rapports nouveaux que prend l'organe de la gestation et de la rupture relativement fréquente des adhérences qui limitent et protègent les collections grandes ou petites situées dans son pourtour.

Au fur et à mesure que l'œuf se développe, l'utérus quitte l'excavation pelvienne pour remonter dans l'abdomen et par cela même entraîne et tiraille ses annexes, exerçant des effets identiques sur les poches kystiques qui accidentellement l'environnent et gênent sa distension. L'inflammation tubaire peut donc facilement se propager jusqu'à la séreuse péritonéale, par suite de la rupture de l'une de ces poches par trop comprimées.

Par une conséquence bien naturelle, il est facile de comprendre l'influence funeste que peut avoir l'accouchement sur une poche purulente. Les contractions utérines, de plus en plus violentes et rapprochées, tirent fortement et compriment de même ces collections, et la rupture de leurs parois n'est pas chose impossible. D'où il s'en suivra une inondation péritonéale. La rupture d'une poche purulente distendue peut être également occasionnée au moment de l'accouchement par le passage de la tête fœtale à travers la filière pelvienne plus ou moins obstruée.

Hlavacek, après Blanc, s'est également occupé des suppurations des organes génitaux internes venant compliquer la grossesse.

« Quand il s'agit, dit-il, d'annexites anciennes avec brides et adhérences, la grossesse a une influence heureuse ; mais si l'annexite est purulente, la grossesse et l'accouchement exercent le plus souvent, pour ne pas dire toujours, une action néfaste sur elle, et la rupture de ces poches est très fréquente.

Un fait intéressant à signaler, c'est que dans un certain nombre de cas, la rupture des collections ne s'est produite qu'après l'accouchement : soit dans les premiers jours,

soit même assez longtemps après, 21 jours. (Cas de Sanger, 15 jours après un avortement). Il est assez difficile de donner une explication de ce fait. Incontestablement, la parturition amène des changements notables dans la situation, la forme et le volume des poches purulentes. Maintenues jusque-là affaissées par la pression abdominale et celle du contenu de l'utérus, elles se relâchent à nouveau après l'accouchement, et exercent, en se dilatant, un véritable appel sur les liquides qui imbibent leurs parois. »

OBSERVATION VII

F. Imlach (*Liverpool med. chir. journ.*, janvier 1886, p. 193).

Pyosalpingite. — Grossesse. — Rupture après l'accouchement. — Péritonite. — Mort.

Imlach diagnostique pyosalpingite au printemps 1884. Grossesse au commencement de décembre. Pendant toute la durée de la grossesse, douleurs extrêmes. Enfant vivant en septembre 1885. Trois semaines plus tard, la malade se lève malgré la garde. Sensation de rupture dans le ventre. Douleurs très vives. Mort en trois jours. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII

(L. Verjus (Th. Paris, 1844, p. 7). Observ. de Gendrin).

Pyosalpingite gauche. — Rupture des parois tubaires après avortement. — Péritonite aiguë. — Mort.

X..., 23 ans. Entre à Cochin, le 13 juin 1833. Avortement, il y 15 jours, à 3 mois 1/2 de grossesse. Péritonite aiguë. Mort.

Autopsie. — Utérus deux fois plus gros que normalement. Dans l'épaisseur de la trompe gauche se trouvait un foyer situé à l'origine de la trompe. Ce foyer aurait pu contenir une petite châtaigne. Il était à parois molles, grisâtres, remplies d'un pus gris ; les parois étaient minces, perforées antérieurement. Là, un trou, de deux lignes de diamètre, à bord arrondis, mous, faisait communiquer le foyer avec la cavité péritonéale. Les ovaires, les ligaments larges, les vaisseaux du bassin étaient sains.

L'aggravation des phénomènes inflammatoires péri-utérins reconnaît parfois un mécanisme tout particulier. L'éruption du contenu des poches purulentes peut se faire par expression de ce liquide à travers l'ostium abdomidale, sous l'influence de l'augmentation de pression que crée l'utérus en voie de développement et peut-être aussi de la traction exercée sur les trompes.

MM. Gousset et Mouchotte ont publié, en 1900, la très intéressante observation suivante sur un cas de : « Péri-« tonite mortelle par irruption dans le péritoine à travers « l'ostium abdominale du contenu d'une salpingite sup-« purée chez une femme enceinte de trois mois. »

OBSERVATION IX

(Par MM. Gousset et Mouchotte. *Annales Gyn. et Obst.*, novembre 1900).

Péritonite mortelle, par irruption dans le péritoine, à travers l'ostium abdominale, du contenu d'une salpingite suppurée, chez une femme enceinte de trois mois.

L. S..., âgée de 26 ans, entre le vendredi 4 mai 1900, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Terrier, salle Lisfranc, lit n° 16 *bis*.

La malade a été réglée à 16 ans et toujours régulièrement. Un an avant l'établissement des règles, pertes blanches abondantes. Premiers rapports sexuels à 18 ans.

Première grossesse à 19 ans. Accouchement à terme. Présentation du siège. Enfant mort pendant le travail. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 20 ans. Accouchement à terme. Présentation du sommet. Enfant né vivant.

Trois semaines après cet accouchement, la femme commence à souffrir dans le côté droit du ventre. Elle ne perd ni en blanc ni en rouge. A l'Hôtel-Dieu, où elle va consulter, on lui prescrit des injections et on lui met des tampons vaginaux glycérinés. L'état s'améliore.

Troisième grossesse à 23 ans. Accouche à terme à la clinique Baudelocque le 7 avril 1897. Présentation du sommet. Albumine et petites crises convulsives pendant le travail. Enfant élevé au sein maternel, mort à 32 mois de broncho-pneumonie. Suites de couches normales.

Quatrième grossesse à 25 ans. Fausse couche de 3 mois. Après cette fausse couche, la malade perd du sang pendant plusieurs mois, elle souffre beaucoup du côté droit du ventre, tandis qu'elle ne ressent rien du côté gauche. Les mouvements, la marche ont de douloureux retentissements à droite.

Une sage-femme applique des tampons vaginaux.

Mais les douleurs et les pertes de sang persistant, la malade se décide à entrer à l'hôpital et se présente à Bichat en août 1899, soit quatre mois après ses couches.

A Bichat, on lui fait un curettage et bientôt elle peut sortir très améliorée.

Cependant depuis le curettage les règles qui, antérieurement, étaient indolores, deviennent douloureuses. Cet état persiste jusqu'en janvier 1900, date à laquelle la cessation des règles marque le début d'une cinquième grossesse.

Cinquième grossesse, grossesse actuelle. Dernières règles : 20 au 29 janvier 1900.

Pendant les deux premiers mois, vomissements très fréquents, céphalée, étourdissements, une syncope même. En même

temps la femme éprouve dans le côté droit du ventre des douleurs continuelles, surtout pendant la marche et cessant dans le décubitus horizontal. Pas de pertes blanches, pas d'hémorragie.

Au troisième mois, l'état s'améliore, les douleurs abdominales cessent.

Mais le samedi 28 avril la femme est prise de troubles gastriques, pesanteur d'estomac, vomissements ; elle a de la diarrhée et souffre dans tout le ventre.

Le dimanche 29, elle se met à la diète et reste couchée.

Le lundi 30, elle éprouve encore des douleurs dans le ventre et des tiraillements épigastriques. Mais la souffrance est mieux supportée.

Le mardi 1er mai, la femme ne souffrant plus, fait un déménagement. Elle se fatigue beaucoup, de même le mercredi 2 mai. Pendant ces deux jours elle perd un liquide épais, rosé.

Le mercredi 2, à 11 heures 1/2 du soir, la femme éprouve brusquement une douleur très violente, dans le côté droit du ventre. Cette douleur immobilise la malade qui reste pendant deux heures assise sur une chaise, sans oser faire le moindre mouvement. Portée dans son lit par son mari, la malade reste couchée sur le côté gauche, sans remuer. La perte rosée continue. Il n'y a pas de colique utérine.

Le jeudi, la malade veut se lever, mais elle est obligée de se recoucher. Anorexie. Douleurs généralisées à tout l'abdomen. Le contact des draps est douloureux. Aucune douleur expulsive rappelant celles de l'accouchement. Application sur le ventre de cataplasmes chauds qui soulagent un peu. La malade épuisée ne peut dormir ; elle sommeille la nuit. Les pertes rosées persistent.

Le vendredi, même état. Un médecin appelé pense à un avortement en train de se faire et fait transporter la malade à l'Hôtel-Dieu, d'où elle est renvoyée à la Pitié.

A 3 heures 30 du soir, toucher vaginal négatif, ne révélant aucun signe pouvant faire porter le diagnostic d'avortement.

Douleurs abdominales généralisées, rendant la palpation très

difficile : il y a de la contracture de la paroi. A droite, sensibilité exquise, au point de Mac Burney. Langue saburrale. Pouls 120. On pense à une appendicite chez une femme grosse et tout est préparé pour une intervention.

A 5 heures du soir, temp. 38°. Pouls 140. Traits tirés, facies fatigué. La malade est transportée à la salle d'opération.

Opération. — Sous l'anesthésie chloroformique, ouverture de la cavité péritonéale par une incision médiane sous-ombilicale.

Dès que le péritoine est incisé, il s'écoule au dehors un liquide séro-purulent d'odeur fétide. Le maximum des lésions siège dans la fosse iliaque droite. La terminaison de l'iléon, le cœcum et l'appendice, bien que tapissés de fausses membranes, paraissent sains et, en se portant vers l'utérus, dont le volume est celui d'un utérus gravide au troisième mois, on s'aperçoit facilement que c'est la trompe droite qui est le point de départ des accidents. Elle baigne dans le pus ; mais elle est libre de toutes parts, sans aucune adhérence, et du liquide purulent s'écoule par l'orifice abdominal. L'ablation de la trompe et de l'ovaire droits est rapidement exécutée. Deux ligatures sont placées, l'une sur le pédicule utéro-ovarien, l'autre après section de l'isthme, sur la terminaison de l'artère utérine, tout contre le fond de l'utérus, et la trompe est enlevée avec l'ovaire. Un surjet ferme le bord supérieur du ligament large.

L'épiploon est attiré vers le petit bassin, de façon à favoriser l'isolement du reste de l'abdomen et deux gros drains sont placés derrière l'utérus, l'un dans le cul-de-sac de Douglas, et l'autre au niveau de la fosse iliaque droite. Fermeture de l'abdomen.

L'opération terminée, on examine la trompe enlevée. L'expression fait sourdre du pus par l'ostium abdominale. Une pipette est introduite facilement jusque dans la cavité tubaire, à travers cet ostium resté largement perméable, et l'on recueille du pus qui servira aux ensemencements.

La malade meurt deux jours après.

L'autopsie révèle des lésions de péritonite généralisée.

N. B. — Quatorze heures avant la mort, expulsion d'un fœtus mort-né.

OBSERVATION X

Pyosalpinx vidé, au cours d'une grossesse de quatre mois, dans la cavité abdominale par l'ostium abdominale. — Laparotomie. — Guérison. — Accouchement au septième mois.

Krosing (Th. inaug., Halle, 1888) cite le fait d'une multipare, âgée de 38 ans, qui prend au quatrième mois de sa grossesse une péritonite suraiguë On soupçonna la rupture d'une collection purulente et on pratiqua la laparotomie. On trouva un pyosalpinx à droite ; le pus s'était deversé dans la cavité abdominale par l'orifice de la trompe (pavillon). Ablation de la tumeur, accouchement prématuré à sept mois, d'un enfant vivant et du sexe masculin. Guérison rapide au vingt-deuxième jour.

Il serait intéressant de savoir pourquoi, dans certains cas, l'orifice abdominal ne s'oblitère pas, comme cela paraît être cependant la règle au cours des salpingites suppurées.

La grossesse n'entrerait-elle pas pour quelque part dans cette anomalie.

La plupart des traités de gynécologie mentionnent simplement la possibilité pour une salpingite suppurée de vider son contenu dans le péritoine à travers l'ostium abdominale.

Le plus souvent, en même temps que se développe la salpingite, l'orifice abdominal de la trompe se ferme. Ce n'est guère que dans les cas de salpingites catarrhales ou purulentes développées rapidement sous l'influence de l'état puerpéral que cette oblitération fait défaut. Le danger dans ces conditions est imminent, car la collection risque fort de se vider dans l'abdomen et par ce fait provoquer une péritonite.

C'est surtout, selon Delbet, dans les salpingites dues à l'infection puerpérale que l'on peut observer la perméabilité des conduits tubaires.

Terrillon professe la même opinion à cet égard. Il prétend que les poussées inflammatoires de pelvi-péritonite sont toujours dues à l'épanchement de pus, qu'il s'effectue par le pavillon resté perméable, ou par une rupture de la paroi tubaire.

Il nous convient de citer ici les travaux de Seuvre et de Lorain qui se sont occupés d'une façon toute particulière de la perméabilité des trompes dans les affections purulentes et de leurs conséquences.

Il est probable enfin que la grossesse peut amener la rupture tubaire, en réalisant la fermeture du conduit par lequel s'écoule normalement le pus collecté, c'est-à-dire en fermant la cavité utérine.

La grossesse peut également retentir de la même façon sur les autres collections tubaires, hemato ou hydrosalpinx. Les phénomènes observés seront les mêmes et il ne nous paraît pas nécessaire d'insister davantage sur ce point.

Quelque soit le mécanisme à faire intervenir, la péritonite au cours d'une grossesse compliquée de lésions salpingiennes est donc plus fréquente qu'on ne pourrait croire au premier abord. Son influence est des plus néfastes et la mort est presque la règle dans ces cas.

OBSERVATION XI

(Obs. de Meigs, rapportée par Blanc.)

Salpingite pendant la grossesse. — Rupture de la trompe droite pendant l'accouchement. — Péritonite. — Mort.

J'assistai une femme à son accouchement en juin 1881. Travail régulier et rien d'anormal à la suite pendant plusieurs heures quand la malade se plaint d'une douleur terrible dans la région de la trompe droite. La douleur s'étend à la partie inférieure du ventre. Pouls rapide, péritonite. Comme la malade s'était plainte de douleurs dans le côté droit quelque temps avant son accouchement, je craignis que quelque maladie locale, soudainement aggravée, ne fût la cause du mal. Elle mourut. En examinant la cavité abdominale, on trouva beaucoup de pus. Mais ce qui me surprit particulièrement, ce fut l'état de la trompe de Fallope qui était beaucoup plus grosse que le pouce d'un homme. La cavité, qui admettait facilement le doigt, était remplie de pus.

J'ai peu de doute que l'inflammation aiguë de la trompe ayant oblitéré son extrémité ovarienne et ensuite le pus ayant rempli et distendu son calibre, l'écoulement dans le ventre a été la cause de l'attaque fatale.

OBSERVATION XII

(Wagner. *Monatschrift*, t. 14, p. 436, cah. 6, 1859.)

Péritonite par perforation d'une trompe chez une femme enceinte. — Mort. — Opération césarienne.

Femme de 34 ans, mère de quatre enfants, tombe brusquement malade. Mort au bout de vingt-quatre heures. Opération césarienne faite par Crédé. On retire un enfant de 8 mois, mort depuis quelques jours.

Autopsie : La cavité abdominale, au niveau du bassin, contient

un liquide rouge pâle, sanguinolent. L'utérus, long de 7 centimètres, est relativement large et épais. Dans son intérieur, on voit quelques coagula récents. On trouve sur la partie postérieure de la trompe droite non adhérente, un orifice qu'on prendrait, à cause de ses bords villeux, pour un deuxième ostium. Cavité de la trompe presque normale. La muqueuse est adhérente aux bords de l'orifice et légèrement éversée. L'ovaire droit plus gros du double. La trompe gauche et l'ovaire étaient normaux.

OBSERVATION XIII

(Sanger. Lettre et réponse à L. Tait. *Am. J. of obst.*, 1887, pp. 317, 322).

Pyosalpingites. — Ruptures tubaires. — Péritonite. — Mort.

Dernièrement sont venus à ma connaissance deux cas dans lesquels les trompes ont crevé par superdistension du pus. Dans les deux cas, péritonite générale mortelle 4 jours et 21 jours après l'accouchement. Il est clair que dans les deux cas, la salpingite existait avant la délivrance.

β. Influence des Salpingites sur la Grossesse

Nous n'avons eu, jusqu'ici, en vue que les complications visant les salpingites sans nous préoccuper de ce qu'il pouvait advenir d'une grossesse intercurrente au milieu de ces accidents.

Les lésions salpingiennes ne sont pas cependant à leur tour sans influence sur la grossesse.

Et immédiatement nous devons aborder une question qui présente un intérêt très grand, celle de la *grossesse tubaire* et de ses rapports avec les lésions des trompes.

Beaucoup de gynécologues anciens avaient voulu voir dans l'implantation de l'œuf sur la muqueuse tubaire la première manifestation du retentissement des salpingites sur la grossesse. On sait, en effet, avec quelle facilité, au cours de la maladie, des cloisonnements du canal tubaire se produisent par accolement des plis ou simple tuméfaction de la muqueuse. On voit par conséquent avec quelle facilité un œuf pourra être arrêté dans sa marche vers l'utérus.

On sait également qu'une salpingite peut produire des coudures du canal. Si l'on admet encore que cette disposition anatomique permette la circulation du spermatozoïde d'aval en amont tout en s'opposant à la pérégrination de l'ovule en sens inverse, il semble qu'il n'est pas impossible d'admettre en pareilles circonstances qu'une grossesse tubaire s'ensuive.

Enfin à la suite d'une salpingite, de petits polypes s'implantent dans la muqueuse et constituent ainsi un obstacle de plus à la sortie de l'œuf.

Lawson Tait avait vu dans les lésions muqueuses des trompes une cause presque infaillible de la grossesse tubaire. Bland Sutton a protesté un des premiers contre ces hypothèses qu'il traite de spéculatives.

Aug. Martin, au Congrès de Bruxelles, abandonnant une idée soutenue jusque-là, dit : « Si on considère combien « est difficile le développement ectopique de l'œuf, il faut « admettre que la trompe est encore plus saine que l'uté- « rus pour que l'œuf puisse s'y greffer. Il se peut qu'il y « ait eu un processus morbide, mais la trompe a dû revenir « à son intégrité pour permettre à la grossesse de s'y « développer ».

Paquy, dans sa thèse, arrive à cette conclusion que la salpingite n'exerce aucune influence sur la production des grossesses tubaires.

A. Petersen, en janvier 1902, a publié un travail sur l'anatomie pathologique des salpingites dans lequel il professe une opinion diamétralement opposée. Dans ce travail, dont les éléments lui ont servi pour sa thèse parue en danois, à Copenhague en 1900, l'auteur étudie certains points de la trompe où se développe une grossesse ectopique. Il examine d'une façon particulière la signification de la salpingite dans la pathogénie de la grossesse. D'après ses examens, portant sur quatorze cas, il conclut fermement à l'influence de la salpingite préalable sur l'apparition de la grossesse tubaire.

Dans deux cas seulement, la muqueuse de la trompe était saine mais il y avait des coudures très brusques. Cette différence de vues et d'opinions aussi opposées suffit à nous prouver qu'il y a part à faire de vrai et de faux dans chacune d'elles.

Sans faire de la salpingite une cause inéluctable de grossesse tubaire, il convient de dire toutefois qu'elle n'est pas sans exercer une influence assez prépondérante sur sa production.

Mais là ne sont pas les seules complications de la grossesse chez une femme atteinte de salpingite. Les collections purulentes exercent à leur tour une action des plus néfastes.

L'avortement en est la conséquence sinon habituelle du moins fréquente.

D'après une statistique empruntée à Blanc, l'interruption

de la grossesse se produirait, dans la moitié des cas, au cours des inflammations péri-utérines.

Avortements en général.....	55 p. 100
dus à des salpingites.....	35 p. 100
dus à des pelvi-péritonites.....	76 p. 100

Comme on le voit, l'influence de la pelvi-péritonite, c'est-à-dire de l'infection généralisée, est encore plus accusée que celles des salpingites.

MM. Picqué et Charrier partagent également cette opinion. L'avortement sans être, selon eux, la règle au cours des salpingites aiguës ou chroniques est cependant des plus fréquents. Selon ces auteurs, l'infection gonococcique est un facteur très important à incriminer dans les causes d'avortement au cours de la salpingite. Les séries d'avortements observées chez des femmes atteintes de salpingite blennorrhagique ancienne ne sont pas chose rare.

Hlavaeck parle également de l'avortement au cours de la salpingite suppurée.

Les adhérences péri-utérines et les déplacements qu'elles amènent dans la situation de l'organe gestateur sont également à invoquer, bien que, nous l'avons dit, les adhérences subissent parfois une modification heureuse du fait de la gravidité. Quand cette terminaison heureuse n'a pas lieu, elles peuvent provoquer l'avortement à la façon de liens inextensibles et résistants, fixant l'utérus dans une position anormale et mettant obstacle à son mouvement d'expansion.

Parfois aussi, c'est dans l'œuf lui-même qu'il faut chercher la cause de l'interruption de la grossesse. Il s'est greffé sur une caduque malade au même titre que les annexes de l'utérus, ou que le péritoine qui tapisse l'exca-

vation pelvienne, et dès les premières périodes de son développement il devient corps étranger pour son contenant et il est expulsé comme tel.

Enfin, l'avortement peut n'être par ailleurs que l'expression locale ou la conséquence de phénomènes généraux qui accompagnent l'infection du sujet et il se trouve alors sous la dépendance d'influences multiples telles que l'élévation de température, la toxémie... Notons également que le travail peut se produire sous l'influence de la péritonite au début et l'avortement avoir lieu.

Pour en terminer avec cette longue énumération des accidents dus à la coexistence d'une grossesse et d'une salpingite, il convient de citer une dernière complication qui pour être peu fréquente, rare même, n'en présente pas moins un très grand intérêt. Nous voulons parler de la torsion du pédicule des tumeurs salpingiennes.

Déjà rare, au cours de l'évolution des kystes de l'ovaire, 6 0/0 environ, cet accident est exceptionnel chez une femme enceinte et présentant des lésions kystiques des annexes. Nous n'avons pu guère recueillir que trois ou quatre observations de ce genre, dans toute la littérature obstétricale. On comprend néanmoins que la grossesse puisse intervenir dans la pathogénie de ces accidents, d'autant que les déplacements qu'elle impose à l'utérus prédisposent fort bien à la torsion du pédicule dans les cas de collections tubaires.

Il serait également fort intéressant de rechercher si l'accouchement ne devient pas un facteur actif de la torsion de ces pédicules. Durant la grossesse, ces derniers ont été allongés par tiraillements de façon démesurée. L'accouchement produisant par l'expulsion du fœtus un

agrandissement du bassin, ces collections kystiques deviennent libres et flottantes. Ne peut-on pas admettre la torsion de leur pédicule sous une influence quelconque?

Nous n'avons pas trouvé des cas de ce genre relatés. C'est là, cependant, une hypothèse qui paraît avoir, selon nous, une certaine valeur.

OBSERVATION XIV

(Lucien Picqué. Société de chirurgie, décembre 1900).

Grossesse de 5 mois compliquée d'un hématosalpinx à pédicule tordu. — Intervention avec guérison et continuation de la grossesse.

Malade de l'asile des aliénés de Vaucluse, enceinte de 5 mois, et qui présentait depuis plusieurs jours des douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements incoercibles. Apyrexie complète. Pas de pertes sanguines.

L'examen bimanuel permet de reconnaître l'existence d'une tumeur annexielle siégeant à gauche et très mobile.

Ecartant dès lors toute idée de complication de la grossesse, j'admis le diagnostic de grossesse extra utérine en me basant sur l'existence de la tumeur et les symptômes présentés par la malade.

L'opération se fit dans d'excellentes conditions. Tumeur rapidement enlevée. Opération de 4 minutes.

Malade guérit rapidement. Grossesse continua son cours.

Tumeur formée par un hématosalpinx avec torsion du pédicule.

Dans la tumeur présentée, il y a absence complète de villosités choriales

OBSERVATION XV

(Dr Delassus. *Arch. Tocol. et gyn.*, septembre 1895).

Salpingite kystique à pédicule tordu compliquée de grossesse.

X..., âgée de 23 ans, a eu ses premières règles à 17 ans ; ses dernières datent du 2 octobre, soit cinq semaines. Elle n'a eu qu'une grossesse, il y a deux ans, qui fut normale, ainsi que l'accouchement et les suites.

D'ordinaire, ses règles sont normales comme date et comme durée ; elles s'accompagnent de douleurs, avant et pendant, dans la région du ventre. Point de métrorrhagies.

Depuis le mois d'août, un peu de leucorrhée, tachant le linge. Elle n'a présenté à aucun moment des signes de blennorrhagie. Au mois d'août, elle a souffert pendant sept à huit jours du ventre dans la région ovarienne. Depuis lors, sa santé souffre : elle perd ses forces, maigrit.

Elle peut marcher moins longtemps qu'auparavant ; les grandes fonctions s'accomplissent assez bien.

Elle n'éprouve aucun symptôme de grossesse. Rien à noter à l'inspection du ventre.

A la palpation, on sent dans la région ovarienne droite une masse volumineuse comme les deux poings, de consistance non solide.

Au toucher, je constate que le col est normal, le corps me semble en arrière, légèrement en rétroversion, repoussé par une masse ovoïde accolée à son bord droit. Cette tumeur se sent parfaitement dans le cul-de-sac, elle est peu douloureuse, mobile, en totalité de bas en haut par le toucher bimanuel. Sa consistance est rénitente, non solide, mais avec quelques bosselures sur sa partie inférieure. Je la sépare sans peine de l'arc antérieur du bassin.

Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt explore facilement la face postérieure de l'utérus qui est lisse, ferme et dont la largeur me paraît normale. Je ne m'étonne pas de ne pas sentir le fond de cet organe, la rétroversion n'est pas assez marquée.

Mon confrère qui a pu examiner la malade au mois d'août, à l'époque de sa crise de douleurs abdominales, me déclare n'avoir rien trouvé au toucher dans les culs-de-sac.

Le diagnostic de « Collection liquide des annexes droite » s'imposait. Son siège pouvait être la trompe, l'ovaire, ou l'épaisseur du ligament large, en raison de la situation plongeante de la tumeur, de la latéralité si nette de la masse et de la vacuité du cul-de-sac postérieur. D'ailleurs pas de signes de grossesse, sauf le retard de quelques jours qui m'empêcha, par principe de pratique gynécologique, de faire l'hystérométrie.

La malade accepte l'opération, qui est pratiquée au dispensaire Saint-Raphaël, avec le concours de MM. les docteurs Faucon, Camelot, Plouvier, Bouvarlet.

Sous le chloroforme, mon collègue et moi constatons que la tumeur perçue par l'abdomen se déplace très aisément et qu'on peut la faire voyager par tout l'abdomen jnsqu'aux fausses côtes gauches, avec la plus grande facilité.

Le toucher fait constater que l'utérus n'a pas bougé, qu'il conserve les mêmes caractères, et nous sentons tous trois sur son bord une masse rénitente comme précédemment. Un nouveau diagnostic s'imposait. La masse située dans le petit bassin à droite de l'utérus devait être une collection liquide annexielle ; pour l'autre, on pouvait songer à un kyste de l'ovaire ou de la trompe droite, à un kyste de l'épiploon, à un rein flottant, n'était sa forme trop arrondie et sa consistance nettement liquide.

L'ouverture du ventre nous montre : 1° un kyste tubaire gauche muni d'un pédicule mince, long de trois travers de doigt et tordu sur lui-même, s'insérant naturellement sur l'angle gauche de l'utérus et d'une mobilité exceptionnelle ; 2° un utérus du volume des deux poings, de consistance très mollasse, d'un rouge foncé. C'était un utérus gravide et le doigt sentait nettement la différence de consistance que présentait le segment inférieur avec la partie supérieure.

Le pédicule du kyste fut lié et sectionné ; le ventre refermé selon le mode habituel. L'opérée guérit sans l'ombre d'un accident.

Le kyste pèse exactement 500 grammes. Son contenu est de couleur noire, verdâtre, sans caillots. La paroi assez résistante n'est mince qu'en un seul point où elle aurait pu se déchirer.

De l'ovaire, je n'ai pas trouvé trace.

OBSERVATION XVI

(Hartmann. *Annales Gyn.*, 1900).

Un nouveau cas d'annexite à pédicule tordu.

Les accidents ont debuté au sixième mois d'une grossesse qui, d'ailleurs, a évolué jusqu'au terme et s'est terminée par un accouchement spontané en novembre 1899.

Depuis cette époque, quatre crises douloureuses ayant leur siège dans la fosse iliaque droite.

La laparotomie, pratiquée le 20 septembre 1900, permet de constater une tumeur annexielle à laquelle l'utérus adhérait, à contenu hématique, et dont le pédicule, fourni par le ligament large droit, était d'un demi-tour en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Hartmann publie également une autre observation.

Les accidents avaient débuté au sixième mois d'une grossesse qui évolua jusqu'au terme et se termina par un accouchement spontané. Laparotomie dix mois après l'accouchement. Tumeur annexielle à contenu hématique. Le pédicule formé par le ligament large droit était tordu d'un demi-tour en sens inverse des aiguilles d'une montre. Cette torsion paraît être la règle, puisque nous la trouvons trois fois sur quatre observations relatées.

OBSERVATION XVII

(Pinard. — *Annales de Gyn.*, janvier 1902).

Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit au cours d'une grossesse de quatre mois.

X..., 26 ans, II-pare. Accouchée, le 26 mai 1900, spontanément à terme d'une fille vivante. Présentation du sommet.

Elevée au biberon à la campagne. Actuellement bien portante. Pendant cet accouchement, la sage-femme qui assistait la parturiente aurait dit aux personnes de l'entourage que l'utérus avait une forme bizarre. Les suites de couches furent normales. Depuis l'accouchement la malade n'a jamais souffert. Elle fut réglée à partir du deuxième mois qui suivit l'accouchement.

Elle eut ses règles pour la dernière fois du 30 mai au 4 juin 1901. Aux environs du 15 juillet, elle ressentit, pendant toute une journée, une douleur extrêmement vive dans le côté droit. Elle resta couchée deux ou trois jours, et peu à peu cette douleur s'atténua. Le 25 août, seconde crise douloureuse qui dure quatre jours. Le 3 octobre, troisième crise, moins douloureuse que les précédentes. Toutes ces crises ont été remarquables par l'acuité de la douleur ; mais elles n'ont jamais été accompagnées de syncope ni de vomissements.

Le 9 octobre la malade en se levant ressent une vive douleur dans le ventre. Elle travaille cependant jusqu'à 8 heures et demie. Souffrant de plus en plus, elle rentre chez elle et se couche. Vomissements alimentaires, puis bilieux ; frisson.

La douleur persiste et le 11 octobre, la malade entre à la clinique Baudelocque à 3 heures du soir.

La température est de 37°, le pouls à 106 ; son facies est légèrement grippé ; sur le côté droit de l'utérus, qui a le volume d'un utérus gravide de quatre mois, est une tumeur indépendante, fluctuante, douloureuse.

M. Pinard porte le diagnostic de kyste ovarique à pédicule tordu chez une femme enceinte de quatre mois environ et décide de pratiquer la laparotomie, qui est pratiquée le 13 octobre. Après ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide péritonéal louche. On aperçoit dans les deux tiers inférieurs de la plaie, la face antérieure de l'utérus gravide ; au-dessus les anses grêles, distendues, mais de coloration normale.

A droite, on voit une tumeur kystique, de couleur brun rougeâtre, fluctuante. On la ponctionne : il s'écoule 900 centimètres cubes de liquide citrin. Le kyste vidé est extrait sans difficulté de la cavité abdominale. Au niveau du pédicule de la tumeur,

qui n'est pas autre chose que la trompe distendue, on trouve l'ovaire qui a le volume d'une mandarine. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-même, en sens inverse des aiguilles d'une montre. On le détord; il y a une légère adhérence celluleuse entre les deux tours. On excise les annexes droites après ligature par deux fils de soie entre-croisés. Toilette péritonéale. Suture en trois plans de la paroi abdominale. Guérison. La grossesse continue.

La pièce enlevée est constituée par la trompe droite et par l'ovaire. La trompe était transformée en une tumeur kystique type d'hydro-salpinx, mais remarquable par son volume : un hydro-salpinx de cette taille est une rareté. Au niveau de la surface de section dú pédicule, on voit une grosse veine oblitérée par un caillot adhérent et autour trois autres veines plus petites, également oblitérées. Les artères, par contre, paraissent perméables.

L'ovaire ne participe pas à la torsion. Il a le volume d'une mandarine.

Au cours de l'opération, on a eu soin de ménager l'utérus le plus possible, d'éviter surtout son déplacement dans la cavité abdominale ; aussi ne s'est-on pas servi du plan incliné qui peut, en faisant tomber l'utérus dans la cavité abdominale, provoquer l'avortement. Du reste l'opérée fut soumise après l'opération, suivant la pratique recommandée par M. Pinard, aux injections de morphine (1/2 centigramme matin et soir), dans le but de paralyser la contractilité utérine.

Avant de terminer ce chapitre, déjà bien long, nous dirons un mot de l'influence des suites de couches sur des salpingites anciennes.

A dessein, nous écourterons ici ce que nous aurions à dire, car le sujet est excessivement vaste et nous serions obligé de sortir de notre cadre. Les deux questions confinent trop néanmoins, pour que nous puissions terminer

sans faire au moins une mention spéciale des suites de couches.

Nous disons donc que le traumatisme obstétrical imposé à l'utérus au moment de l'accouchement suffit pour réveiller des lésions de salpingites éteintes et sur lesquelles la grossesse n'avait pas eu de retentissement.

D'ailleurs, cette influence bienfaisante, dans certains cas, de la grossesse sur des affections annexielles inflammatoires paraît se continuer aussi durant les suites de couches, à tel point que beaucoup de complications dues à une réinfection ou même à une infection première présentent moins de gravité durant la période puerpérale qu'à toute autre époque de la vie génitale d'une femme,

TROISIÈME PARTIE

Diagnostic

Relativement au diagnostic des complications salpingiennes coexistant avec la grossesse, plusieurs faits sont à retenir.

C'est d'abord la difficulté du diagnostic d'une grossesse à ses débuts. L'utérus est noyé au milieu de masses enflammées, on le sent avec peine. L'excès de volume qu'il présente est mis parfois sur le compte de la lésion avoisinante; l'examen local est douloureux, parfois même impossible. Cependant, l'état de la menstruation, l'existence des signes sympathiques de la grossesse, éveilleront l'attention et permettront d'éviter une erreur. Sous l'anesthésie, le palper et le toucher combinés donneront le plus souvent quelques renseignements sur l'augmentation de volume de l'utérus.

Un élément qui pourrait éveiller l'idée de grossesse, c'est la forme spéciale que prend l'utérus gravide. Il devient globuleux dans sa portion sus-vaginale seulement, tandis que l'hypertrophie gagne à la fois le corps et le col dans le cas de lésions inflammatoires. Il s'en suit que le toucher vaginal peut révéler une augmentation notable du volume

de l'utérus qui arrête le doigt dans les culs-de-sac latéraux au cas de grossesse.

La coexistence d'un utérus grossi de volume avec ou sans aménorrhée et d'une production inflammatoire à son pourtour, pourront faire croire à une grossesse extra-utérine : Il arrive en effet souvent qu'on la confond avec une inflammation ordinaire du petit bassin. On s'efforcera d'éviter la méprise par l'étude des commémoratifs. L'existence des lésions pelviennes au début supposé de la grossesse, l'aménorrhée, et surtout la marche rapide et le caractère franchement inflammatoire des accidents seront d'un très grand secours pour l'étude du diagnostic.

Dès les premiers jours de la gestation, on peut être en droit de songer à des accidents consécutifs à une intervention criminelle (métrite septique). Les conditions morales du sujet, la brusquerie des accidents, leur généralisation rapide, l'absence de localisation péri-utérine pourront faire soupçonner la vérité. Mais en dehors des aveux de la femme, il sera toujours bien difficile d'arriver à une conviction ferme sur la nature des accidents.

Il faut encore dans le diagnostic par élimination tenir compte des tumeurs proprement dites fibromes, kystes de l'ovaire, kystes dermoïdes qui peuvent s'enflammer et se fixer dans le petit bassin. Le diagnostic, ici, est certainement assez ardu, et ce sont surtout les commémoratifs (métrorrhagies dans les cas de fibromes, mobilité de la tumeur, indolence dans les cas de kystes de l'ovaire) qui pourront éclairer les recherches.

En faveur de l'hématocèle rétro-utérine, nous aurons la brusquerie du développement, l'absence d'une haute tem-

pérature, la forme plus régulière, plus nettement fluctuante de la tumeur.

Disons enfin, en terminant, que la réplétion du bassin par l'utérus gravide et les modifications anatomiques et fonctionnelles profondes qui s'ensuivent troublent parfois le clinicien et rendent plus difficile encore le diagnostic.

Dans les suites de couches, le problème peut devenir plus compliqué encore, car on risque de mettre sur le compte d'une infection puerpérale ce qui appartient à une lésion antérieure à l'accouchement ou à la grossesse.

Ici encore le médecin devra fouiller attentivement le passé génital plus ou moins chargé de la malade, et ainsi s'expliquera le retour de pareils faits inflammatoires.

Un mot en terminant ce chapitre du diagnostic de la salpingite d'avec l'appendicite.

Dans les cas où la lésion salpingienne siège à droite, on peut la confondre avec une crise d'appendicite. Le diagnostic est ici, en général, très ardu. Ces deux affections ont en effet toutes deux une allure aiguë.

La salpingite s'accompagne en effet de douleurs diffuses tout comme la péritonite appendiculaire.

Théoriquement, le problème est facile, mais pratiquement il est malaisé de bien délimiter le point douloureux exact d'un abdomen distendu et dont la paroi est en état de défense musculaire.

QUATRIÈME PARTIE

Pronostic

Nous avons étudié le mieux que nous avons pu la grossesse et les salpingites dans leurs rapports intimes.

Nous avons montré quelle était l'influence de la grossesse sur les salpingites et vice-versa. Quel enseignement pouvons-nous en tirer dès maintenant au point de vue du pronostic ?

A notre avis, il n'est pas possible de résoudre la question en une seule donnée. Il convient de la scinder en deux parties bien nettes.

D'un côté, nous aurons à nous prononcer sur des cas de grossesse coexistant avec des inflammations annexielles, complètement éteintes ou très refroidies avec adhérences ou non.

De l'autre, nous envisagerons la grossesse compliquée de suppurations pelviennes ou tout simplement de salpingites aiguës.

Dans le premier cas, le pronostic est excessivement favorable. Nous nous sommes attaché à démontrer plus haut l'influence heureuse qui ne manque pas d'exercer la grossesse sur ces lésions inflammatoires anciennes. Elle

vient mettre un terme à ces misères génitales de la femme. Il est malheureusement impossible de dresser une statistique même approximative de ces femmes ayant eu des annexites et qu'une grossesse heureusement supportée et terminée est venue libérer définitivement des derniers vestiges de ces inflammations anciennes.

Dans le second cas, il en est tout autrement, et l'étude que nous avons faite des complications survenant au cours de la grossesse chez des femmes porteurs d'annexites suppurées ou aiguës, nous autorisent à porter un pronostic des plus fâcheux pour la mère et l'enfant.

La statistique publiée par Blanc donne un chiffre de 50 p. 100 de mortalité pour la mère. Tout en admettant qu'il y a certainement des séries moins sombres, on ne peut s'empêcher de reconnaître la gravité du pronostic.

Quant au fœtus, la mort est presque toujours la règle si l'on n'intervient pas à temps. Il est du devoir de tout médecin, devant la gravité de pronostic de pareilles complications, de conseiller à la femme qui en est porteur, de ne s'exposer à une grossesse qu'après la guérison complète des accidents inflammatoires qu'elle présente ou après la cure chirurgicale de son affection.

CINQUIÈME PARTIE

Traitement

Nous abordons ici une des parties les plus intéressantes de notre travail : le traitement des salpingites concomittantes avec une grossesse. On comprend quel intérêt pratique présente cette question.

Elle est toute d'actualité, car la fréquence des salpingites chez la femme devient de jour en jour plus grande.

Et ici se place de suite cette demande : que faire en présence d'une salpingite compliquant la grossesse ? Quelle conduite tenir ? A-t-on une règle à ériger en principe, une règle que l'on puisse déclarer absolue et dont on ne doive jamais se départir ?

Eh bien ! non, ici pas plus que dans les autres chapitres, rien d'absolu, mais au contraire, plusieurs éventualités à envisager.

Le traitement des salpingites au cours de la grossesse pourra varier. D'ores et déjà, nous éliminons du sujet ces salpingites anciennes à virulence éteinte, qui n'ont plus aucun retentissement sur la grossesse; bien plus, sur qui l'influence de la grossesse est bienfaisante.

Nous n'aurons à étudier dans ce chapitre que le traite-

ment des salpingites à réaction franchement inflammatoire au cours d'une grossesse. Et de ce fait, comme nous venons de le dire plus haut, le traitement sera médical ou chirurgical. Encore le traitement chirurgical n'est-il pas unique et peut-il être institué sous plusieurs modes, que l'on aborde la lésion par la voie abdominale ou par la voie vaginale.

α. Traitement médical.

Nous n'avons nullement l'intention d'énumérer tout au long toute la thérapeutique médicale mise en action pour combattre les accidents salpingiens. Nous nous contenterons d'en faire l'énumération rapide pour en comparer ensuite la valeur à celle du traitement chirurgical.

On a dit que les salpingites aiguës sont rarement justiciables d'un traitement chirurgical. Elles cèdent souvent sous l'influence des traitements médicaux.

Parmi ceux-ci figure surtout l'emploi rationnel des médicaments sédatifs ou reconstituants : le repos local et général, les injections vaginales chaudes, les irrigations rectales très abondantes à 48°.

Les sédatifs ordinaires, tels que bromure de potassium, chloral, morphine, vessie de glace, seront efficacement employés pour combattre la douleur.

Sans avoir la puissance que leur accordaient les anciens gynécologues, ces moyens n'en ont pas moins une valeur indiscutable et leur emploi ne doit jamais être négligé. Bien des cas d'accidents dus à des lésions salpingiennes cèdent à un traitement médical même au cours de la grossesse.

Nous ne saurions oublier les bons effets de la méthode révulsive sur la paroi abdominale au niveau des trompes.

M. le professeur Audebert s'est toujours très bien trouvé d'ajouter à cette vésication la présence dans le vagin de tampons à la glycérine ichtyolée. Ces derniers amènent une décongestion rapide des organes enflammés. M. le professeur Lannelongue de Bordeaux, après avoir fait la révulsion sur la paroi abdominale, prescrit des applications d'onguent napolitain, sur cette même paroi, tandis qu'il met en même temps dans le vagin des tampons d'onguent napolitain belladoné.

3. **Traitement chirurgical direct.**

Deux voies se présentent au chirurgien pour son intervention : la voie abdominale, la voie vaginale.

1° *Laparotomie.* — Arnott et Burd ont été sans doute les premiers à opérer, en 1847, l'ablation des annexes pendant la grossesse. Depuis cette époque, cette opération a été pratiquée des centaines de fois, tantôt pour des lésions unilatérales, tantôt pour des lésions bilatérales. Ces derniers cas sont bien moins nombreux.

Il semble que ce soit J. Knowsley Thornton qui ait fait le premier la castration double durant la grossesse. Elle fut ensuite pratiquée par Munde, Gardner, Montgomery, Potter.

J. W. Bowée a réuni trente-huit observations d'ablations doubles des annexes au cours de la grossesse :

29 fois pour kystes ovariens.

9 fois pour lésions salpingiennes.

Dans ces neuf dernières interventions, on eut six cas de pyosalpinx dont un cas de Baldy compliqué d'abcès de la paroi utérine. La poche fut évidée, curettée, suturée et la malade accoucha à terme.

Suivant Bowée, dont nous sommes d'ailleurs loin de partager la manière de voir, l'indication de l'ablation des annexes au cours de la grossesse se pose d'une façon absolue dans les cas de complications. Cette indication s'étend même à tous les genres d'affections de ces organes, l'opération ne présentant aucune aggravation du fait de la grossesse.

Dans les cas de pyosalpinx, toujours suivant Bowée, les indications opératoires sont des plus précises et peut-être plus urgentes encore.

La distension du ligament large, le volume et le poids de l'utérus arrivé au terme de la gestation ; les contractions énergiques de cet organe au moment du travail sont autant de menaces de rupture de la poche et d'infection généralisée.

Or, il faut penser d'abord à la vie de la mère. Néanmoins, s'il s'agit d'une lésion légère et si la délivrance est proche il ne faut pas intervenir. Mais en dehors de cette circonstance, on devra opérer le plus tôt possible. Le troisième et le quatrième mois paraissent être les époques les plus favorables aux opérations au cours de la grossesse.

Bowée ajoute une observation pour pyosalpinx double au deuxième mois de la grossesse. Laparotomie, guérison, accouchement à terme.

Quant aux résultats des opérations citées ci-dessus, on relève :

1 mort, soit 2,6 p. 100.
28 accouchements à terme,
2 accouchements prématurés,
4 avortements de 4 à 6 semaines après l'intervention.

Michie publie également deux cas de suppuration des annexes pendant la grossesse. Une guérison. Une mort.

Nous rapportons à notre tour, dans notre travail, certaines opérations d'extirpation des annexes, — observations empruntées à différents auteurs. — Dans certains cas, la grossesse a évolué à terme; dans d'autres, l'avortement s'est produit de quelques jours à plusieurs semaines après l'opération.

Nous nous dispenserons de décrire la technique à employer pour intervention chirurgicale. Elle est telle que nous la voyons pratiquer tous les jours dans les salles d'opération, pour lésions simples des annexes. Quant à la coexistence de la grossesse, nous ne pensons nullement qu'elle amène une complication quelconque au point de vue opératoire.

2° *Voie vaginale.* — Nous nous permettrons de dire ici un mot de ce procédé d'évacuation de certaines collections suppurées.

Laroyenne avait été le premier à préconiser ce mode de traitement opératoire.

Le Dentu, à sa suite, a recommandé son excellence. Ne semble-t-il pas que ce procédé pourrait être d'une grande utilité dans les cas de collections annexielles coexistant avec une grossesse.

L'utérus gravide peut, en effet, refouler assez fortement ces collections pour les faire bomber dans le cul-de-sac postérieur où elles sont facilement accessibles.

A ce propos, il convient de noter qu'une autre voie vaginale se présente également à l'opérateur.

Tandis qu'en Amérique et en France la colpocœliotomie postérieure a été jusqu'ici presque exclusivement employée, en Allemagne, au contraire, c'est à la colpocœliotomie antérieure que l'on a le plus souvent recours.

Duhrssen et Martin prétendent que l'incision pratiquée dans le cul-de-sac antérieur répond à la majorité des cas.

Et cela pour plusieurs raisons :

Il est plus facile, disent-ils, de luxer l'utérus en avant qu'en arrière.

On aborde mieux les annexes par la face antérieure de l'utérus que par la face postérieure.

Enfin la colpo-cœliotomie antérieure donne plus de jour.

Il nous semble que cette intervention, qui consiste le plus souvent en une simple incision, est une de celles qui présentent le traumatisme moindre, ce qui n'est pas une condition à dédaigner chez une femme enceinte. Elle permet de plus de diminuer les chances d'infection et de péritonite, en évitant l'éruption de pus dans le péritoine.

Nous n'avons pas trouvé de collections tubaires ainsi traitées au cours de la grossesse. Nous ne pouvons donc pas juger de la valeur de cette méthode, que nous nous contentons de signaler en croyant toutefois cette indication bonne.

Reynier a rapporté, au Congrès de Genève, un cas où il eut à intervenir avec le docteur Ozenne. Il s'agissait non d'un pyosalpinx, mais d'un véritable abcès péri-utérin que l'on ouvrit par le cul-de-sac postérieur.

Après cette première intervention, et devant les menaces d'une infection généralisée, on fit une laparotomie et

un Porro sur l'utérus gravide. La malade guérit. Cela nous amène à dire, que le chirurgien, au cours de son intervention, pourra être appelé, en vue de parer à des accidents graves à pratiquer l'hystérectomie abdominale. Nous nous contentons de signaler cette éventualité, car elle ne rentre pas dans le traitement direct des salpingites.

Nous sommes suffisamment armés, on le voit. A quelle méthode donner la préférence ? Doit-ou temporiser devant des accidents salpingiens au cours d'une grossesse, ou bien faut-il opérer immédiatement ? Doit-on être en un mot médecin ou chirurgien ? Quelques considérations nous semblent utiles avant de pouvoir se prononcer.

La gravité opératoire ne paraît pas être plus grande que dans toute autre laparotomie. Or, on a depuis longtemps fait la juste part à la prétendue réceptivité spéciale de la femme enceinte. Nous ne devons en tenir aucun compte puisque l'intervention a lieu par le ventre et ne touche pas à la matrice elle-même.

Il serait sûrement intéressant de rechercher par une étude statistique quelle peut être la gravité approximative de l'opération. Mais cette façon de procéder induirait fatalement en erreur. Les cas de laparotomie chez des femmes enceintes, bien que nombreux dans leur ensemble, se sont rencontrés en très petit nombre dans la pratique de chaque chirurgien, de sorte que la comparaison porterait sur des faits absolument disparates entre eux.

Nous sommes donc portés à ne pas considérer l'opération comme plus grave chez une femme enceinte que dans toute autre condition ; d'autant que la littérature médicale ne renferme rien qui puisse modifier notre opinion.

L'opération peut-elle entraver la grossesse et dans quelles mesures? C'est là la question la plus importante.

Quand on ouvre le ventre d'une femme enceinte pour enlever une trompe, on ne sait jamais en quoi consistera l'acte opératoire. Si la tumeur à enlever est libre de toute adhérence utérine, son isolement sera facile, rapide, n'occasionnera aucun traumatisme de la matrice; de sorte que l'œuf n'a aucune raison pour se décoller et être expulsé.

Il n'en sera pas de même si des adhérences nécessitent une décortication de la matrice, des manipulations longues et pénibles. On conçoit que dans ces conditions une fausse couche puisse être la conséquence des manœuvres opératoires.

Dans quelles mesures cet accident sera-t-il à redouter? C'est ce qui nous paraît difficile de dire. La tolérance de l'utérus gravide est plus grande qu'on ne serait tenté de le croire à première vue.

Dans l'observation empruntée à Delagenière, l'opération fut longue et laborieuse. Les anses intestinales étaient adhérentes à l'utérus ainsi que les annexes. Ces adhérences furent libérées, ce qui entraîna des traumatismes assez considérables. La malade guérit et la grossesse arriva à terme. Dans les cas compliqués, le traumatisme sera plus considérable, mais ce sera aussi dans ces cas que la grossesse n'aurait pu évoluer, même s'il n'y avait pas eu d'opération.

Les cas d'avortement sont alors très fréquents.

Nous ne voudrions pas que les longs détails que nous avons donnés sur le traitement chirurgical puissent autoriser à croire que nous le préconisons d'une façon absolue.

Nous n'hésitons pas à reconnaître que, même dans les cas les plus heureux, les plus simples, tout acte chirurgical entraîne une part d'aléa. L'utérus lui-même, malgré sa tolérance, réagit parfois; et l'avortement est souvent la conséquence des interventions abdominales.

Dans ces conditions, il convient de résister à cet entraînement qui paraît bien naturel cependant : de faire vite et bien par l'intervention chirurgicale.

La moindre poussée annexielle, au cours de la grossesse, ne doit pas suffire à armer le chirurgien. Il doit savoir attendre.

Dans la pratique, on se trouvera en présence de deux éventualités.

Dans la première, il n'y a pas de doute possible; il faut intervenir pour sauver la malade. On est en présence d'un accident qui met les jours de la femme en danger. Dans ces conditions, la grossesse n'est qu'une question secondaire dont on ne doit tenir aucun compte. Dans le second cas, l'hésitation sera grande. Elle est parfaitement de mise. On se trouve en présence d'accidents légers, voire même aigus, qui ne compromettent nullement l'existence de la malade. Le traitement médical est souvent assez efficace pour les conjurer.

La grossesse diagnostiquée, en présence de ces faits cliniques, on devra suivre la malade, recourir à la thérapeutique médicale, prêt à intervenir chirurgicalement si le pronostic s'assombrit.

Notre conclusion générale est celle-ci : La grossesse compliquée d'accidents salpingiens constitue une indication sérieuse du traitement médical. Les bons effets que l'on en retire commandent de l'employer d'abord. Dans les

cas seulement où les phénomènes s'aggravent et mettent la vie de la femme en danger, on doit agir comme si la grossesse n'existait pas ; et le traitement chirurgical s'impose.

CONCLUSIONS

I. La grossesse est assez fréquente chez les femmes atteintes de lésions de salpingite unilatérale. Elle est impossible chez les femmes atteintes de salpingite suppurée double.

II. La grossesse exerce le plus souvent une influence très heureuse sur les salpingites refroidies.

III. La grossesse a un retentissement très fâcheux sur les salpingites aiguës ou les collections tubaires. La péritonite et la mort en sont souvent la conséquence.

IV. La salpingite retentit souvent à son tour sur la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré.

V. Le traitement médical peut suffire souvent à calmer les accidents aigus salpingiens au cours de la grossesse. Dans le cas où l'existence de la malade est menacée, on doit intervenir chirurgicalement.

OBSERVATIONS

Nous publions dans ce chapitre les observations que nous n'avons pas jugé nécessaire d'intercaler dans notre travail pour la démonstration des faits énoncés.

OBSERVATION XVIII

(Sænger, Gesell. f. Geb. in Leipzig, 17 avril 1882).

Pyosalpingite droite. — Pyohémie après l'accouchement. — Mort.

X..., 29 ans, V-pare, à la suite de son quatrième accouchement, la femme avait été très malade ; cinquième accouchement naturel. Au troisième jour, fièvre, frissons, ictère, mort le douzième jour.

Autopsie. — Pas de péritonite. Utérus gros et mou, pas d'endométrite, pas de métro-phlébite, pas de métro-lymphangite. Ectropion du col. Paramétrium indemne ; par contre, salpingite chronique purulente (2 1/3 externe), péri-ovarite, chronique droite ; ovarite purulente droite avec plusieurs foyers purulents. Ligament droit, dans sa moitié supérieure, épaissi par inflammation chronique, parsemé de nombreux foyers purulents. Les veines de la moitié inférieure du ligament large très développées. La pyohémie ne peut avoir été causée que par les anciens foyers purulents de l'ovaire droit et du ligament large.

OBSERVATION XIX

(Longatter, *Am. J. Of. obst.*, 1887, p. 870).

Pyosalpingite post-puerpérale. — Péritonite. — Opération. — Mort.

Jeune femme de Maryland vient se soumettre à mes soins, au sixième mois de sa première grossesse, pour être traitée d'un écoulement muco-purulent profus, qui avait tous les caractères d'une blennorrhagie récente. Un mois après, accouchement prématuré. L'enfant n'a pas vécu.

Le placenta sortit entier. Quatre jours après elle commença à se plaindre de grandes douleurs dans les régions inguinale et hypogastrique gauche. Pas de nausées, ni de vomissements ; pas de frissons, mais température très élevée.

14 février 1887, l'abdomen fut ouvert au neuvième jour de la délivrance et à peu près 60 heures après le début de la péritonite.

Péritonite générale. Grande quantité de pus d'odeur infecte, dans la région des cornes utérines gauches. La trompe gauche fut enlevée ; elle avait un pouce de diamètre. Drainage, vomissements incessants. Mort 40 heures après l'opération.

OBSERVATION XX

(J.-M. Baldy. *Obs. Sob. of. Philad.*, 7 avril 1887).

Pyosalpingo-ovarite gauche après l'accouchement. — Extirpation des annexes. — Guérison.

X..., 23 ans, a été délivrée d'un enfant, après un travail pénible, mais normal, il y a quatre ans. Le 3 février 1887, l'auteur fut appelé pour l'assister dans un second accouchement.

Il trouva l'enfant mort-né avec le placenta et les membranes entre les cuisses. Pas d'examen.

Le deuxième ou le troisième jour, frissons avec accélération

du pouls, élévation de température, abdomen ballonné et douloureux. Le 3 mars, un mois après l'accouchement, Baldy fut appelé. La malade était restée souffrante et elle était si émaciée qu'elle était difficilement reconnaissable.

Temp. 102° F., pouls, 130. Frissons, sueurs nocturnes, insomnies, abdomen distendu et tympanique, très douleureux, diarrhée fétide, miction et défécation douloureuses. Utérus en subinvolution; à gauche, une grosse masse, très adhérente, irrégulière, très douloureuse. Le côté droit était sensible. Pas de tumeur. La laparotomie fut conseillée comme dernière chance de salut. J. Price vit la malade et conseilla l'opération. Celle-ci fut pratiquée le 5 mai, la trompe droite et l'ovaire étaient en bon état et ne furent pas enlevés. La trompe gauche était presque aussi grosse que l'utérus, très adhérente de tous côtés, particulièrement avec l'intestin dont elle ne fut séparée qu'avec de grandes difficultés. Un abcès du tissu cellulaire fut ouvert en détachant les adhérences et le pus se répandit. La trompe et l'ovaire furent enlevés. Une masse caséeuse unie à l'intestin au point adhérent fut détachée avec les ciseaux et la solution de Monvel fut appliquée sur les points saignants. La trompe était distendue par du pus, l'ovaire était en désintégration et contenait du pus. Le tube à drainage fut enlevé le septième jour; le lendemain, la température s'éleva; douleur dans la région ovarienne gauche. Frissons vers le onzième jour, décharge purulente par le trajet du drain et l'amélioration commença à partir de ce moment.

OBSERVATION XXI

(Lucas-Championnière. *Journal de médecine*, 1889, p. 385.)

Double salpingite chronique. — Avortement.

X..., 23 ans. Entre le 4 mai 1888. Salpingites végétantes des deux trompes avec adhérence des ovaires. Souffre depuis deux ans à la suite d'une fausse couche. Deuxième fausse couche, il y a huit semaines. Ovarites.

OBSERVATION XXII

(Cornillon. Thèse Paris, 1882.)

Pyosalpingite droite. — Avortement au sixième mois. — Péritonite. — Mort.

X..., 19 ans, enceinte de six mois. Entrée le 27 novembre, opérée le 29. Six jours après son entrée à l'hôpital et quatre après l'incision de l'abcès de la grande lèvre pour lequel elle était entrée, fièvre intense, angioleucite partant de la grande lèvre, aboutissant à deux ganglions inguinaux tuméfiés et douloureux au toucher. Puis, l'adénite grossit, mais sans tendance à la suppuration.

Les 8 et 9 décembre, douleurs abdominales et contractions utérines. Avortement le 10. Après, grande sensibilité dans la fosse iliaque droite et la fièvre ne tombe pas. Le 12, frisson intense.

Douleurs dans le bas-ventre, symptômes de péritonite et mort.

Autopsie : Elle montre une collection purulente considérable remplissant le petit bassin et la fosse iliaque droite. Ovarite suppurée avec dilatation et rupture de la trompe correspondante.

OBSERVATION XXIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Audebert).

Salpingo-ovarite droite. — Avortement au troisième mois. — Accidents infectieux post abortifs. — Colpotomie postérieure. — Drainage. — Guérison.

M^me^ X... 33 ans. A eu vers l'âge de 25 ans une endométrite et très probablement une salpingite droite incomplètement guérie.

Depuis cette époque, elle souffre à peu près constamment

surtout du côté droit. Les règles sont irrégulières, douloureuses, toujours suivies de leucorrhée abondante. Mais depuis quelques années, ces symptômes tout en persistant se sont sensiblement atténués. La malade paraît souffrir de moins en moins et seulement à l'occasion d'une fatigue.

Au mois de mars, elle vient me consulter pour la première fois, parce qu'elle a un retard menstruel de plus d'un mois, et que les douleurs abdominales sont depuis quelque temps un peu plus vives. Je trouve un utérus volumineux, présentant un évasement manifeste au-dessus du col ; dans le cul-de-sac latéral droit, on délimite par le toucher et le palper une tumeur mollasse, non fluctuante, qui appartient aux annexes droites.

Soupçonnant le début d'une grossesse, je prescris un repos complet, des compresses chaudes sur le ventre et des injections vaginales.

Mme X... malgré ces recommandations, se lève et reprend ses occupations. Les douleurs reparaissent avec une nouvelle intensité, s'accompagnant de ténesme rectal et vésical, et à la fin d'avril, après de violentes contractions utérines, elle expulse un embryon de trois mois environ, suivi bientôt du placenta.

Me trouvant absent de Bordeaux à ce moment, la malade est assistée par une sage-femme. Je suis rappelé cinq jours après. La température est montée de 38° à 39° et de violentes douleurs se sont déclarées dans le flanc droit. L'utérus paraît à peu près sain. L'involution est normale. Les lochies sont louches, couleur chocolat clair, le cul-de-sac latéral droit est occupé par une volumineuse tumeur qui déborde en arrière dans le Douglas, et qui est nettement perceptible par le palper hypogastrique. Frissons, vomissements pendant la nuit. Le repos, la glace sur le ventre, les tampons de glycérine ichtyolée ont raison de ces phénomènes péritonéaux.

La tumeur proémine de plus en plus dans le vagin, repousse la paroi postérieure, et bientôt à ce niveau la fluctuation est évidente (12 jours après l'avortement). Une incision transversale, faite sur la paroi postérieure du vagin, parallèlement à l'insertion du col, donne issue à une grande quantité de pus. Drain

en croix. Injections quotidiennes d'huile stérilisée tenant en suspension de l'aristol.

La guérison est lente, l'écoulement purulent dure plus d'un mois. Je retire le drain. Guérison complète deux mois après l'incision.

Etat général satisfaisant.

J'ai examiné Mme X..., cinq mois après le début des accidents. L'utérus est mobile, un peu latéro-versé à droite. Le cul-de-sac droit est à peu près libre. On peut cependant saisir entre deux doigts, un cordon gros et douloureux qui est la trompe. Les annexes gauches sont saines, la menstruation régulière depuis trois mois.

OBSERVATION XXIV

(Empruntée à M. le professeur Audebert. — In. *Traitement de l'avortement incomplet).*

Vaginite blennorrhagique. — Salpingite. — Avortement incomplet. Curettage. — Guérison.

X..., 19 ans, entre à la Clinique obstétricale le 9 mai 1895. Elle raconte qu'elle a eu ses dernières règles en février, elle a eu depuis des pertes vaginales abondantes, verdâtres, épaisses et souffre beaucoup en urinant.

Le 8 mai au soir, étant tombée, elle a éprouvé de vives douleurs dans les reins, mais ne s'est pas arrêtée.

Le 9, au matin, elle a perdu brusquement du sang en abondance. A son arrivée, on constate une hémorrhagie abondante accompagnée depuis la veille de fortes douleurs d'expulsion ; l'utérus déborde la symphyse pubienne. La pression au niveau des deux fosses iliaques est très douloureuse et permet de constater un notable empâtement de la région. Le col est entr'ouvert et très mou, le cul-de-sac antérieur est rempli par le corps utérin en antéversion.

Le lendemain, les douleurs se calment, mais il s'écoule toujours un peu de sang par suintement. T. : 37°8.

Le 13, l'hémorrhagie reprend avec une certaine intensité, en même temps la température s'élève à 39°2. Le curettage est décidé. Le corps de l'utérus est d'une très grande mollesse, il est profond de 12 centimètres et distendu par des caillots putrides et des masses placentaires. Il s'écoule beaucoup de sang pendant l'opération. Après le curettage, la cavité utérine est lavée longuement et l'on pratique un tamponnement utérin et vaginal.

Le lendemain, T. : 37°8. Elle revient peu à peu à la normale et la malade quitte bientôt le service absolument guérie.

OBSERVATION XXV

(Empruntée à M. le professeur Audebert. — In *Traitement de l'avortement incomplet*).

Avortement ovulaire. — Retention de débris. — Hémorrhagie. — Lésions annexielles. — Curettage. — Guérison.

X..., 32 ans, devient enceinte vers la fin de l'année 1895. D. R., 15 décembre.

Le 25 janvier 1896, perte de sang subite précédée de violentes douleurs hypogastriques ; expulsion d'une masse grosse comme une noix et qui a été jetée sans être examinée.

Depuis ce moment, pertes incessantes et abondantes qui retentissent bientôt sur l'état général et amènent une anémie très prononcée.

Le 5 février, l'utérus est un peu volumineux, immobilisé en rétroflexion. Culs-de-sac empâtés, très douloureux; col béant mais orifice interne perméable ; pas d'odeur. T. : 38°5, Malgré le repos au lit et une injection chaude, l'hémorrhagie persiste.

6 février : Curettage sans anesthésie. Dilatation du col avec les tiges de Hégar. Le col est fixé avec la pince de Duplay, mais il n'est fait aucune tentative d'abaissement, en raison des accidents pelvi-péritonitiques et annexiels. La curette ramène, avec

des débris de muqueuse épaissie, deux fragments gros comme un grain de maïs et qui paraissent de nature ovulaire.

Badigeonnage à la glycérine créosotée. Tamponnement intra-utérin très léger.

Le 8 février, ablation du tampon. Léger suintement qui finit par disparaître.

Le 12 février, après une selle très pénible, se produit une petite hémorrhagie.

On veille dans les jours suivants à éviter toute constipation et cet accident ne se reproduit plus.

Guérison complète.

OBSERVATION XXVI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Audebert.)

Rétention post-abortive compliquée de pelvi-péritonite et salpingite double.

X..., 30 ans, primipare.

1er mai 1894, fausse couche de trois mois. Expulsion du fœtus. Rétention placentaire.

4 mai, T. 38°.

5 mai, douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque, à gauche; empâtement très marqué et très douloureux des culs-de-sac latéral gauche et postérieur. T. M. 38°2; T. S. 39°.

6 mai, T. M. 39°. Curettage, anesthésie. Le col est maintenu fixe sans aucun abaissement. Ablation de fragments placentaires un peu fétides. T. S. 39°. Les douleurs abdominales n'ont pas augmenté.

7 mai, T. M. 37,8; T. S. 38°.

8 mai, T. M. 37,2; T. S. 38°.

On constate peu à peu la disparition des douleurs et celle de l'empâtement.

La guérison a été complète.

OBSERVATION XXVII

(H. Delagénière du Mans), *Arch. prov. chirurg.* 1894).

Salpingites et grossesse de cinq mois. — Double salpingo-oophorrectomie. — Guérison. — Continuation de la grossesse.

X..., 30 ans. Réglée à 14 ans. Menstruation régulière jusqu'à son mariage. Trois enfants, dernier à 23 ans. Pas de fausse-couche. Dernières règles le 22 novembre 1892.

La malade fait remonter le début de son affection à son dernier accouchement. Celui-ci a été normal, mais la délivrance a été faite par la sage-femme. Immédiatement après, douleurs et sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Ces douleurs persistent et s'observent aussi bien dans l'intervalle des règles que pendant la menstruation. Le docteur Horeau soigne la malade il y a cinq ans, constate une ulcération du col, qu'il soigne au moyen de cautérisations au fer rouge. Ce traitement amène un soulagement de courte durée et les douleurs reprennent ; l'ulcération se reproduit et un deuxième traitement, consistant en cautérisations, est suivi il y a deux ans. La malade n'éprouve aucun soulagement et continue à souffrir. Au mois de juin 1892, les règles ne viennent pas ; la menstruation se rétablit le 20 juillet, se continue en août, septembre, octobre et novembre, précédée de violentes coliques. Depuis novembre, dates des dernières règles, les douleurs abdominales prennent un degré d'acuité tel que la malade en perd le sommeil et tout repos.

Le ventre est très douloureux à la pression, légèrement ballonné. L'utérus est volumineux, et au niveau de la corne droite on sent une tumeur grosse comme un œuf. Diagnostic de grossesse et de kyste de l'ovaire droit. Repos au lit, injections vaginales chaudes, grands bains tièdes et piqûres de morphine.

Rappelé auprès de la malade le 5 mars. Les douleurs abdominales sont devenues intolérables : l'état général laisse beaucoup à désirer ; la malade ne peut plus se nourrir et réclame l'intervention.

Etat avant l'opération. — Malade épuisée, pâle, anéantie par

les souffrances ; ne peut plus rien digérer, souffre de constipation. Rien au cœur, rien aux poumons. Urines normales. Localement, l'utérus dépasse le pubis de chaque côté ; le ventre est douloureux à la palpation ; le col est gros, ramolli ; l'utérus paraît fixé daus le bassin.

Opération. — Incision sous-ombilicale de 8 centimètres. Adhérences entre anses intestinales et utérus. Excision des annexes de droite d'abord et de gauche ensuite. Le ventre est refermé au moyen de deux plans de suture.

Pièces. — Trompe droite volume du doigt, sinueuse, congestionnée, fermée à son pavillon ; renferme un liquide citrin.

A gauche, l'ovaire est rempli de petits kystes. La trompe y adhère par son pavillon, elle est sinueuse, grosse comme un porte-plume, très congestionnée, remplie d'un liquide hématique.

Suites normales. Continuation de la grossesse sans incident. La malade accouche le 25 août 1893 d'un enfant pesant 7 livres parfaitement bien constitué. L'accouchement n'a présenté aucune complication ; cependant quelques heures après, la malade ressent une douleur extrêmement vive vers l'angle droit de l'utérus. Cette douleur s'accompagne de pâleurs, d'envies de vomir, d'étouffement.

Elle cesse au bout d'une heure et le docteur Horeau l'attribue à quelque rupture d'adhérences. Depuis cette époque, la malade continue à se porter parfaitement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abel-Karl. — Arch. für Gyn., 1893, xliv, Heft. I, p. 55.

Arnott. — Lond. med. gaz., 1847, p. 603.

Audebert. — Chaleix-Vivié. Traitement de l'avortement incomplet, 1896, p. 128, 129, 132.

Baldy. — Obs. Sob. of. Philad., 7 avril 1887, publié par Blanc. Nouvelles arch. gyn. et. Obst., 1892, p. 99.

Bantock. — Hœmato-salpinx and tubal pregnancy contrasted.. Ann. Gynœc. a Pediat. Bost., 1895-6, ix, p. 19-29.

Bernutz et Goupil. — Clin. sur les mal. des femmes, 1862, ii, p. 73.

Betrix. — Nouvelles arch. d'Obst. et de Gyn., Paris, 1894, ix, 252-255.

Bevill. — Saint-Louis. Cour. med., 1886, xvi, 302-305.

Bino. — Ueber Erkrankungen der Tuben im allgemeinen und über salpingo-péritonitis puerperalis im besonderen, München, 1879, p. 17.

Blanc. — Revue obst. et gynec., Paris, 1892, viii, p. 86-115-156-188-207.

— Bulletins et mém. soc. obst. et gyn., Paris, 1892, p. 19-58.

— Nouv. arch gyn. et obst., 1892, janv., p. 53.

Boivin (Mme). — Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement, Paris, 1828, p. 79.

Bowée. — J. W. Am. Journ. of obst., 1900, vol. XLI, p. 178.

Brothers. — Am. Journ. of obs.. N. Y., 1899, xxxix, p. 176.

Burd. — Med. Chir. Trans., Londres 1847, xxx, p. 95.

Cornillon. — Th. Paris 1882, citée par E. Blanc. Nouvelles Arch. Gyn. Obst., 1892, p. 100.

Delagenière. — Arch. provin. Chirurgie, Paris 1894, III, p. 729-735.

Delassus. — Jour. des Scien. méd., Lille, 1895, I, p. 250.

Delbet (P). — Des suppurations pelviennes chez la femme, Paris 1891, p. 104

Doleris. — Arch. Tocol., Paris 1895, p. 592-620.

— Nouvelles Arch. Obst. et Gyn., 1890, p. 493.

— Nouvelles Arch. Obst. et Gyn., mars 1892, p. 111.

Duhrssen. — VIe Congrès gyn. all., Vienne 1895, Arch. f. Gyn., XLIV, p. 3, 1894.

Duncan. — Obst. Transact., vol. XXXVII, p. 293.

Duplay et Reclus. — T. VIII, p. 272.

Eliot. — Case of tubal disease, complicated with pregnancy. Med. Press. a Circ. Lond., 1896, LXII, p. 437.

Evans. — Report of a case of remoral of pus tube complicated with pregnancy.

— Ann. gyn. a Pœd. Phila., 1890-1, IV, 709-712.

Fraipont. — Nouv. Arch. Gyn. Obst., nov. 94, IX, 508-528.

— Revue méd. chir. d. mal. d. femmes, Paris 1894, XVI, p. 713-735.

Gardner. — Canada. Med. Surg. Journal., 1887, XVI, p. 141.

Gosset et Mouchotte. — Annales Gyn. et Obst., nov, 1900, p. 512.

Goullioud. — Congr. franç. de Chir., Paris, 1894, p. 760.

Hlavacek. — Uber complication von Schangerschatt und Geburt mit Eitrigen.

In Monattschrift fur. Geb., oct. 1897., Bd VI, Heft 4, p. 327.

Harris. — Amer. journ. of Obst. 1880, p. 493.

Hartmann. — Annales Gyn., avril 1895, p. 333.

— Annales Gyn. Obst., février 1900, p. 122.

Imlach. — Liverpool med. chir., janv. 1886, p. 193.

Isaac. — Thèse de Paris, 1895.

— Nouvelles Arch. gyn. et obst. 1895, p. 201.

Jomileff. — Archives de Tocol., mars 1891, p. 213.

Kiralyfi. — Pest med. chir. Presse. Budapest 1885, XXI, p. 605, 625, 645.

Knowsley. — Thornton. Transac. Obst. soc. 1886-87, xxxviii, p. 45.

Krosing. — Th. inaug. Halle 1888, rapport. par Blanc, in Nouv. Arch. Gyn. Obst. 1882, p. 102.

Labadie-Lagrave-Legueu. — Traité méd. chirurg. de Gynécologie, p. 691.

Lachapelle (Mme). — 1825, t. II, p. 376.

Landau. — Archives de Tocol., février, mars, avril 1893, p. 132, 190, 248.

Laroyenne. — Congrès intern. de Genève, in Annales Gyn. et Obs., septembre 1896, p. 176.

Le Dentu. — Société de chirurgie 1890, p. 188.

Lawson-Tait. — Lectures on ectopie pregnancy and pelvi-hœmatocèle.

Lewers. — Transac. of the obst., Society of London, 4 mai 1894.

Liell. — Am. Gynœc. Obst. Journ., N.-York, 1895, vi, p. 305.

Longatter. — Am. Jour. of Obst., 1887, p. 870.

Lorain. — Gaz. des Hôpitaux, 1875, p. 75.

Lucas-Championnière. — Journal méd., 1889, p. 385.

Mangin. — Marseille méd., 1893, p. 65.

— Nouvelles Arch. Gyn. et Obst., 1894, p. 34.

Martin. — Monatschr. f. Geb. und Frauenkr, Berlin, 1861, xvii, p. 163-165.

— Verhandl. d. Gesellsch für Geb., in Berlin, 1860, t. xiv, p. 3-5.

— Monats. für Geb. und Gyn., 1897, n° 3, septembre, vol. vi, p. 235.

— Traité des maladies des femmes, traduit par Varnier, Weis., Paris, 1899, p. 476.

Megrat. — Péritonite durant la grossesse. Annales gyn., 1883, p. 241.

Meigs. — Obs. rapportée par Blanc. Nouv. Arch. gyn. et obst., mars, 1892, p. 101.

Michie. — Bristich. Gynecological Society, mai 1895. Observ. ment. par Bowée, Am. Journ. of Obs., 1900, vol. xli, p. 178.

MONTGOMERY. — Med. register Phila., avril 1888. Même observ. que plus haut.

MUNDE. — Am. jour. obst., 1887, xx, p. 730.

NOBLE. — Tr. am. gynec. Soc. Phil., 1896, xvi, p. 480, 492.

OLESON. — Chicago m. Recorder, 1894, t. VI, p. 324, 329.

OZENNE. — Arch. gén. de méd., mai-juin 1890, p. 594.

PAQUY. — Th. Paris, 1897, p. 16.

PETERSEN. — Berlin, Karger, 1902. Beitrage zur pathologischen. Anatomia der graviden. Tube. In Annales Syn. obs., février 1902.

PICHEVIN. — Semaine gyn., janvier 1902, p. 20.

PICQUÉ et CHARRIER. — Annal. gyn. et obst., mars 1895.

PICQUÉ. — Bull. et mém. Soc. chir. de Paris, 1900, xxvi, 1117-1118.

PINARD et PAQUY. — Annal. gyn. obst., jan. 1902, p. 64.

PINARD et VARNIER. — Etude sur la rétroversion de l'utérus gravide.

POTTER. — Trans. Amer. Asso. gyn., 1881, i, cité par Bowée, Amer. journ. of. obst., vol. xli, p. 178.

POZZI. — 3e édition, p. 669.

PRICE. — Am. journ. obst., New-York, 1892, xxv, 338.

REYNIER. — Cong. gyn., Genève. Annales gyn. et obst., sept. 1896, p. 176.

REYMOND. — Th. de Paris, 1895.

RICHELOT. — Traitement des suppurations pelviennes. Ann. gyn. et obst., septembre 1896, p. 183.

SCENGER. — Gesell f. geb. in Leipzig, 17 avril 1882. Obs. rapp. par Blanc. Nouv. Arch. gyn. obst., mars 1892, p. 101.

— Ann. Jour. of. obst., 1887, p. 317-322.

SEGOND. — Traité de chir., t. VIII.

SEUVRE. — Thèse de Paris, 1894.

STEPHENSON. — Obs. publiée par Blanc. Nouv. arch. gyn. et obs., 1892, mars, p. 102.

TARNOVSKY. — Vrach. Saint-Pétersb., 1882, iii, p. 757-775.

TERRILLON. — Leçons de clin.-chir., p. 296.

— Salpingites et ovarites, 1891, p. 295.

THIÉBAUT. — Annales de l'Institut Sainte-Anne, Bruxelles, 15 mars 1895.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, II, p. 567.

VERJUS. — Thèse Paris, 1844, p, 7.

WAGNER. — Monatschrift, Berlin, t. XIV, p. 435, cah., VI, 1859.

VU ET APPROUVÉ :
Le Président de la thèse,
Dr JEANNEL.

Vu : Le Doyen,
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 3 juin 1902.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
PERROUD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 5

Introduction 9

Rôle de la grossesse dans l'étiologie des salpingites 11

Stérilité chez les femmes atteintes de lésions annexielles 16

Influence de la grossesse sur les salpingites 24

Influence des salpingites sur la grossesse 46

Diagnostic 58

Pronostic 61

Traitement 63

Conclusions 73

Observations 76

Toulouse. — Imp. MARQUÉS et Cie, boulevard de Strasbourg, 22.